

# Evaluatie Groot Batelaar

*Circuit voor forensische psychotherapie*

Drs. Esther Plemper

Juli 2003



# Inhoud

<b>1</b>	<b><i>Inleiding</i></b>	<b>7</b>
1.1	Achtergrond bij het onderzoek	7
1.2	Probleemstelling van het onderzoek	8
1.3	Opzet van het onderzoek	9
1.4	Response in het onderzoek	11
1.5	Leeswijzer	14
<b>2</b>	<b><i>Beschrijving Groot Batelaar</i></b>	<b>15</b>
2.1	Inleiding	15
2.2	Ontstaan en achtergrond	15
2.3	Korte beschrijving en plaatsbepaling	16
2.4	De doelgroep onder de loep	17
2.4.1	Juridische titels	17
2.4.2	Delicten	19
2.4.3	Psychiatrische diagnoses	20
<b>3</b>	<b><i>Vormgeving Groot Batelaar</i></b>	<b>23</b>
3.1	Inleiding	23
3.2	Inhoud behandeling	23
3.3	Organisatie behandeling	26
3.3.1	Voorafgaand aan de behandeling	26
3.3.2	Behandeling in groepen	28
3.3.3	Behandelduur	29
3.4	Bereik behandeling	30
3.4.1	Aantal bewoners	30
3.4.2	Afwijzing en terugtrekking	31
3.4.3	Ontslag en uitval	33
3.4.4	Wachlijsten	35
3.5	Organisatie kliniek	36
3.5.1	Werkzame disciplines	36

<b>4</b>	<b><i>Positie Groot Batelaar</i></b>	<b>39</b>
4.1	Inleiding	39
4.2	Aanmeldende instanties en voorzieningen van herkomst	39
4.3	(Regionale) samenwerking en circuitvorming	44
4.4	Naam en identiteit Groot Batelaar	46
<b>5</b>	<b><i>Werkzaamheid van Groot Batelaar</i></b>	<b>49</b>
5.1	Inleiding	49
5.2	Behandeling en organisatie volgens de informanten	49
5.3	Realisatie van de doelstelling	59
5.4	Resultaten van de behandeling volgens de indicatoren	62
<b>6</b>	<b><i>Slotbeschouwingen en een blik op de toekomst</i></b>	<b>73</b>
6.1	Inleiding	73
6.2	Beantwoording van de probleemstelling	73
6.3	Aanbevelingen voor de toekomst	96
6.4	Ten slotte	100
	 <b><i>Geraadpleegde literatuur</i></b>	 <b>103</b>
	 <b><i>Verklaring afkortingen</i></b>	 <b>105</b>

**BIJLAGEN:**

<b>Tabellen</b>	<b>107</b>
<b><i>Indicatoren ter beoordeling resultaten en werkzaamheid</i></b>	<b>121</b>
<b><i>Informanten</i></b>	<b>127</b>
<b><i>Leden begeleidingscommissie</i></b>	<b>129</b>



# Inleiding

## 1.1 Achtergrond bij het onderzoek

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in de afgelopen jaren diverse behandelvormen en initiatieven in de forensische psychiatrie die onder zijn verantwoordelijkheid vallen, laten evalueren. Dit biedt het ministerie de mogelijkheid om het beleid te toetsen en aanbevelingen voor de toekomst te formuleren. Het ministerie heeft het Verwey-Jonker Instituut opdracht gegeven om Groot Batelaar, circuit voor forensische psychotherapie, te evalueren. De evaluatie heeft primair betrekking op de kliniek in Lunteren. De polikliniek van Groot Batelaar, De Transfer in Arnhem, is al geëvalueerd in een onderzoek naar forensisch psychiatrische poli- en dagklinieken (Plempers, 2001).

De doelstelling van het onderzoek is een beschrijving te geven van de organisatie, de werkwijze en het behandelaanbod van Groot Batelaar. Hierin worden zowel het beleid en de verrichtingen in het verleden als het huidige beleid en de plannen voor de toekomst betrokken. Ook geeft het onderzoek een beeld van de functie van Groot Batelaar in het forensisch psychiatrische aanbod en de positie van de kliniek in het regionale circuit van de forensisch psychiatrische zorg. Ten slotte wordt de werkzaamheid van Groot Batelaar geanalyseerd aan de hand van indicatoren.

## 1.2 Probleemstelling van het onderzoek

De vraagstellingen zijn onder te brengen in drie thema's:

### 1. *De organisatie en behandeling*

Op welke wijze geeft Groot Batelaar vorm aan de behandeling wat betreft inhoud en organisatie? Met andere woorden: wat doet Groot Batelaar, hoe doet ze dat en waarom doet ze dat? Hoe luiden de missie en doelstelling? Hoe ziet de personele samenstelling eruit? Welke deskundigheden zijn vertegenwoordigd? Hoe ziet de doelgroep eruit wat betreft juridische titels, delicten en psychiatrische achtergronden? Hoe verlopen de aanmeldings- en intakeprocedures? Wat is de doelstelling en de inhoud van de behandeling? Wat is de behandelduur? Zijn er verschuivingen in aanbod, populatie en beleid te signaleren?

### 2. *De positie in het forensisch psychiatrische veld*

Op welke wijze wordt door Groot Batelaar geparticipeerd in het (regionale) forensisch psychiatrische circuit? Wie zijn de verwijzers en de samenwerkingspartners, zowel regionaal als landelijk? Bestaan er afspraken over indicatie, opname en verwijzing met andere instellingen die werkzaam zijn op het terrein van de forensische psychiatrie, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, justitie, reclassering? Wordt het aanbod van hulp- en dienstverlening op elkaar afgestemd? Hoe is Groot Batelaar te positioneren binnen het forensisch psychiatrische aanbod? Waarin onderscheidt Groot Batelaar zich van andere voorzieningen?

### 3. *De werkzaamheid*

Hoe effectief is de behandeling van Groot Batelaar, uitgaande van de scores op een aantal organisatorische en inhoudelijke indicatoren, zoals persoonlijke ontwikkeling, verkleinen recidivekans, veiligheid, afwezigheid praktische belemmeringen, behandelprogramma's, intake en indicatiestelling, bezetting, bekendheid van Groot Batelaar, afstemming met andere voorzieningen, tevredenheid verwijzers? Hoe zien de uitstroomgegevens van Groot Batelaar eruit? Voor wie en wanneer is behandeling in Groot Batelaar of een forensisch psychotherapeutische kliniek perspectiefvol?



### 1.3 Opzet van het onderzoek

In een onderzoek kan het accent liggen op descriptie, exploratie of toetsing. Dit onderzoek is explorierend van aard. Een explorierend onderzoek is te gebruiken als een nulmeting voor een toetsende studie in de toekomst. Een vorm van explorierend onderzoek is de ‘casestudy’. Hierin wordt één waarnemingseenheid diepgaand onderzocht zonder vergelijkingen te trekken met andere eenheden. In dit onderzoek is de kliniek van Groot Batelaar de waarnemingseenheid. Dit betekent dat we binnen de eenheid vergelijkingen maken, zoals longitudinale vergelijkingen om bijvoorbeeld verschuivingen in de populatie door de jaren heen te signaleren.

Om uitspraken te doen over de werkzaamheid van Groot Batelaar hebben we een lijst van indicatoren opgesteld (zie Bijlage II) en de kliniek hierop ‘gescoord’. Deze lijst is gebaseerd op de indicatoren die zijn toegepast in het onderzoek naar ambulante forensische psychiatrie (Plempers, 2001). Verder zijn erin opgenomen relevante prestatie-indicatoren van de forensisch psychiatrische instituten, een aantal relevante items uit de vragenlijst naar kwaliteitssystemen in zorginstellingen van het NIVEL (Sluis & Wagner, 2000) en een aantal doelstellingen van behandeling die Groot Batelaar gebruikt. De indicatoren zijn uiteindelijk in overleg met de begeleidingscommissie vastgesteld.

Om de probleemstelling te beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van datatriangulatie, dat wil zeggen dat er meerdere typen van databronnen zijn geraadpleegd, zoals documenten, registratiegegevens, dossiers en informanten. Daarnaast is methodologische triangulatie toegepast. Dit betekent dat we meerdere kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden hebben gehanteerd, zoals literatuurstudie, vragenlijst, interviews en scoring van indicatoren.

Als analysemethode van de interviews is gekozen voor de ‘grounded theory’-benadering, ontwikkeld door Glaser en Strauss (1967). Hierbij ontwikkelt de theorie zich gedurende het onderzoek door continue wisselwerking tussen de dataverzameling en -analyse. De benadering wordt daarom ook wel de ‘constant comparative method’ genoemd. In de grounded theory-benadering wordt de onderzoekseenheid geanalyseerd vanuit de perspectieven van meerdere actoren. Dit biedt onderzoekers de mogelijkheid om de eenheid te bestuderen vanuit verschillende ervaringen, opvattingen en inzichten. In het geval van Groot Batelaar betekent dat analyse vanuit het perspectief van het management, de medewerkers, de bewoners en de aanmeldende instanties.

De volgende onderzoeksmethoden zijn gebruikt:

- Bestudering van relevante literatuur.
- Analyse van documenten die een beschrijving geven van de organisatie, inrichting, werkwijze, missie en visie, het aanbod en de activiteiten van Groot Batelaar, zoals beleidsnota's, jaarverslagen, nota's personeelsbeleid, protocollen voor aanmelding en intake, samenwerkingscontracten en -afspraken, behandelplannen, huisregels, evaluatie- en onderzoeksgegevens.
- Oriënterende gesprekken met het management en functionarissen van Groot Batelaar.
- Semi-gestructureerde 'face to face' veldinterviews in een formele setting met leden van het management, behandelaars en therapeuten van Groot Batelaar.
- Veld-groepsinterview in een formele setting met bewoners van Groot Batelaar volgens de methode van een focusgroep.
- Veld-groepsinterview in een formele setting met leden van de ondernemingsraad van Groot Batelaar volgens de methode van een focusgroep.
- Semi-gestructureerde telefonische interviews met contactpersonen van instanties en organisaties die cliënten aanmelden bij Groot Batelaar en waaruit bewoners afkomstig zijn, zoals reclassering, instellingen in de geestelijke gezondheidszorg, forensisch psychiatrische diensten en penitentiaire inrichtingen.
- Vragenlijst voor registratiegegevens van behandelde en in behandeling zijnde cliënten (achtergrond- en persoonskenmerken; juridische titels, delicten, psychiatrische diagnoses, bijkomende problematiek, hulpverlenings- en detentiegeschiedenis); aantal cliënten, behandelduur, aard behandeling; personeel, disciplines; verwijzers; voorziening van herkomst; geografische herkomst. De vragenlijst inventariseert gegevens vanaf 1995 tot en met 2001.
- Geanonimiseerd dossieronderzoek van veertig behandelde en in behandeling zijnde cliënten bij Groot Batelaar.
- Scoring indicatoren aan de hand van het dossieronderzoek en de gegevens afkomstig uit het documentenonderzoek, de interviews en de vragenlijst (op basis van de registratiegegevens).

Het onderzoek werd begeleid door een commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van: Groot Batelaar; het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; het ministerie van Justitie; de Stichting Reclassering Nederland; de forensische psychiatrie en de psychotherapie (zie Bijlage IV). De topiclijsten voor de interviews, de vragenlijst en de indicatoren zijn aan de begeleidingscommissie voorgelegd en vastgesteld. Tussentijdse rapportages en de eindrapportage zijn gelezen en becommentarieerd door de begeleidingscommissie. De in het onderzoek verzamelde gegevens zijn ter controle voorgelegd aan Groot Batelaar.

Ook zijn de eindrapportage en de aanbevelingen besproken met het management van Groot Batelaar.

## 1.4 Response in het onderzoek

Het onderzoek heeft betrekking op één onderzoekseenheid: Groot Batelaar. De onderzoeksmethoden vereisten dat het management en de medewerkers van de kliniek een inspanning leverden voor het onderzoek. Hierover waren voorafgaand aan het onderzoek afspraken gemaakt tussen het ministerie van VWS, Groot Batelaar en het Verwey-Jonker Instituut.

Vlak na de opdrachtverlening van het onderzoek werd de directeur van Groot Batelaar langdurig ziek. Hierdoor kon de kliniek aanvankelijk de benodigde inspanning niet leveren. Met de komst van een interimdirecteur en het aanwijzen van een contactpersoon voor het onderzoek binnen Groot Batelaar konden de afspraken worden nagekomen. Het management en de personeelsleden verleenden hun medewerking door het leveren van documentatie, het geven van informatie in interviews, het leveren van de registratiegegevens en het invullen van de vragenlijst. Ook waren ze verantwoordelijk voor het organiseren en faciliteren van de interne interviews, het leveren van namen van aanmeldende instanties en contactpersonen voor de externe interviews en het geven van inzage in geanonimiseerde dossiers.

Het was voor Groot Batelaar onmogelijk om de vragenlijst volledig in te vullen, omdat niet alle antwoorden in de geautomatiseerde registratie waren te vinden. Waar mogelijk heeft de kliniek de vragen beantwoord met informatie uit dossiers, de bewonersadministratie, het patiëntenregister intramurale geestelijke gezondheidszorg (PiGGZ) en jaarverslagen. Groot Batelaar gaf inzage in geanonimiseerde dossiers van in de afgelopen jaren behandelde en in behandeling zijnde bewoners. Veertig dossiers zijn door ons gerandomiseerd, dat wil zeggen dat we ze willekeurig hebben geselecteerd om de cliëntgebonden indicatoren te scoren.

De response van de interne interviews was 100%. Alle genodigden namen volgens afspraak deel aan een gesprek. We hielden negen semi-gestructureerde ‘face to face’ veldinterviews in een formele setting. Dit betekende dat elk gesprek plaatsvond in een vergaderruimte op Groot Batelaar, dat de geïnterviewde en de interviewer elkaar niet kenden, dat de vragen en de opzet van de gesprekken gedeeltelijk gestructureerd waren en de rol van de interviewer enigszins directief was. Alle gesprekken werden op de band opgenomen en schriftelijk

verslagen door een notulist. De verslagen zijn daarna voorgelegd aan de geïnterviewden, zodat ze de mogelijkheid hadden om zaken te verduidelijken of aan te vullen.

De volgende functionarissen van Groot Batelaar zijn geïnterviewd:

- Een arbeidstherapeut.
- Een bewegingsagoog.
- Een maatschappelijk werker.
- Een psycholoog/trajectcoördinator.
- Hoofd beheer en organisatie.
- Twee sociotherapeuten.
- Twee unitmanagers.

We voerden twee veld-groepsinterviews in een formele setting. De interviews vonden eveneens plaats in een vergaderruimte in de kliniek. De deelnemers aan de groeps gesprekken en de interviewer kenden elkaar niet, de geïnterviewden kenden elkaar wel. De gesprekken hebben we gevoerd volgens de methode van een focusgroep. Dit houdt in dat de deelnemers vragen krijgen voorgelegd die discussie genereren. Hierdoor kan een brede variëteit aan data verzameld worden. Vanuit privacy overwegingen zijn de groeps gesprekken niet op de band opgenomen, maar alleen schriftelijk verslagen. De verslagen zijn daarna voorgelegd aan de geïnterviewden, zodat ze de mogelijkheid hadden om zaken te verduidelijken of aan te vullen.

De volgende personen namen deel aan de groepsinterviews:

- Vier leden van de ondernemingsraad.
- Vier bewoners.

De methode van een focusgroep stimuleert dat de deelnemers uitspraken genereren, maar heeft als nadeel dat de groepsdynamiek de uitspraken van individuele deelnemers kan beïnvloeden. In beide groeps gesprekken kenden de geïnterviewden elkaar en verkeerden – alhoewel in een vergaderzaal – in hun respectievelijke werk- en leefsetting. Met name bij de bewoners was het aspect van de groepsdynamiek aanwezig. Vanuit het therapeutisch milieu zijn ze gewend op elkaar te reageren en elkaar te corrigeren. Tijdens het groeps gesprek reageerden de bewoners in snel tempo op elkaars uitspraken.

Daarnaast voerden we oriënterende gesprekken met de volgende functionarissen van Groot Batelaar:

- Hoofd vaktherapieën.
- Hoofd behandeling.
- Hoofd beheer en organisatie.
- Algemeen directeur.
- Interimdirecteur.

Diverse andere medewerkers en afdelingen van Groot Batelaar verrichten werkzaamheden ter ondersteuning en facilitering van de onderzoekers, zoals de bewonersadministratie, de facilitaire dienst, de directiesecretaresse en het management.

We voerden tien semi-gestructureerde telefonische interviews met contactpersonen van instanties en organisaties die verwijzen naar Groot Batelaar. De interviews werden schriftelijk verslagen. Vervolgens werden ze voorgelegd aan de geïnterviewden, zodat ze de mogelijkheid hadden om zaken te verduidelijken of aan te vullen. De levering van de namen van aanmeldende instanties en contactpersonen door Groot Batelaar verliep moeizaam. Sommige opgegeven contactpersonen bleken niet geschikt voor een interview. Ze hadden nauwelijks ervaring met aanmelding bij Groot Batelaar of de aanmelding dateerde van lang geleden. Behalve Groot Batelaar hebben de Stichting Reclassering Nederland en leden van de begeleidingscommissie namen van contactpersonen geleverd. Alle benaderden stemden in met een gesprek.

De volgende functionarissen werden geïnterviewd:

- Een medewerker van de Forensisch Psychiatrische Afdeling van De Gelderse Roos, Arnhem.
- Een medewerker van de Forensisch Psychiatrische Dienst Arnhem.
- Een medewerker van de Penitentiaire Inrichtingen Vught, Nieuw Vosseveld.
- Een medewerker van het Penitentiair Selectie Centrum Scheveningen.
- Twee medewerkers van de reclassering Leger des Heils: één in Eindhoven en één in Utrecht.
- Vier medewerkers van de reclassering: één in Arnhem, één in Den Bosch, één in Leeuwarden en één in Rotterdam.

## 1.5 Leeswijzer

In de volgende twee hoofdstukken staat de eerste vraagstelling van het onderzoek centraal: de organisatie en behandeling van Groot Batelaar. Er wordt in hoofdstuk twee een beschrijving gegeven van de kliniek, haar ontstaan en de doelgroep. Verder worden de achtergrondkenmerken van de bewoners, zoals juridische titels, delicten en psychiatrische diagnoses gepresenteerd. Hoofdstuk drie is een beschrijving van de vormgeving van Groot Batelaar, zoals de inhoud en organisatie van de behandeling, het bereik van de behandeling en de organisatie van de kliniek. De tweede vraagstelling van het onderzoek: de positie van Groot Batelaar in het forensisch psychiatrisch veld is het onderwerp van hoofdstuk vier. De aanmeldende instanties en contactpersonen, de voorzieningen en geografische herkomst van de bewoners, de samenwerking en circuitvorming en de naam en identiteit van de kliniek worden hierin beschreven. In het vijfde hoofdstuk komt de derde en laatste vraagstelling aan de orde: de werkzaamheid van de kliniek. Achtereenvolgens worden de oordelen van de informanten over de behandeling en organisatie van Groot Batelaar, de realisatie van de doelstelling van de behandeling en de resultaten van de kliniek volgens de scoring op de indicatoren weergegeven. Ten slotte wordt in het zesde en laatste hoofdstuk de probleemstelling beantwoord en worden aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd.

Uit het oogpunt van leesbaarheid zijn in de rapportage niet alle tabellen opgenomen. In Bijlage I zijn alle tabellen te vinden. In de tekst wordt verwezen naar deze tabellen. Vanwege het soms kleine aantal eenheden staan in de tabellen de absolute aantallen vermeld met de percentages ernaast tussen haakjes.

## 2

# Beschrijving Groot Batelaar

## 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de kliniek en haar doelgroep. Allereerst komen het ontstaan, de achtergrond en de plaatsbepaling van de kliniek aan de orde (§ 2.2 en § 2.3). In paragraaf 2.4 wordt de doelgroep van Groot Batelaar beschreven. Achtereenvolgens worden de leeftijd, het geboorteland (§ 2.4), de juridische titels (§ 2.4.1), de typen delicten (§ 2.4.2) en de psychiatrische diagnoses (§ 2.4.3) van de bewoners over de afgelopen jaren gepresenteerd.

## 2.2 Ontstaan en achtergrond

Op zoek naar de oorsprong van Groot Batelaar stuiten we op de betekenis van het woord ‘batelaar’: een open plek in het bos voor boetedoening. In de achttiende eeuw zijn in de archieven verwijzingen te vinden naar ‘De Batelaar’ of ‘Groot Batelaar’. Hiermee wordt bedoeld op een boerderij of landbouwgebied in de omgeving van Ede, Barneveld.

Al dan niet geleid door de betekenis van de naam kocht het Leger des Heils in 1896 de boerderij Groot Batelaar in Lunteren. Men wilde in navolging van William Booth in

Engeland meer doen aan sociale noden, met name de drankbestrijding, en stichtte een landbouwkolonie. Hier verbleven zwervers, drankzuchtigen en ontslagen gevangenen in een woongemeenschap met de bedoeling heropgevoed te worden. In ruil voor landbewerking bij de boerderij of bij boeren in de omtrek kregen ze onderdak en eten.

In 1953 werd Groot Batelaar als centrum voor individuele en groepsbegeleiding een open tbr-inrichting en viel daarmee onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie.

De tbs-maatregel die in de jaren tachtig de tbr-regeling opvolgde, maakte het onmogelijk om terbeschikkinggestelden met bevel tot verpleging in een open kliniek te behandelen. Sinds 1986 heeft Groot Batelaar een toelating als categoriaal psychiatrisch ziekenhuis met een landelijke functie. Daarmee valt de kliniek onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### **2.3 Korte beschrijving en plaatsbepaling**

Groot Batelaar is in meer dan één opzicht een bijzondere instelling. Het is de enige forensische kliniek in Nederland die open is. Er zijn geen materiële beveiligingsvoorzieningen, zoals bij de tbs-klinieken en de forensisch psychiatrische klinieken. Een ander aspect dat de kliniek bijzonder maakt, is de vormgeving van de behandeling. Deze vindt plaats volgens het sociaal-therapeutisch model. Hierbij ligt het accent op de sociale omgang met de medegroepsleden. Door analyse van en reflectie op dit gedrag en het oefenen met nieuw rolgedrag probeert men te bewerkstelligen dat de cliënt zich een passend sociaal gedrag eigen maakt, zodat herintegratie in de samenleving mogelijk wordt. Ten slotte onderscheidt Groot Batelaar zich van andere klinieken doordat het een werkeenheid is van de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg.

In 1999 is Groot Batelaar gestart met ambulante zorg door in Arnhem een polikliniek, De Transfer, te openen. Deze richt zich speciaal op de behandeling van jeugdigen en jongeren en op de nazorg aan ontslagen bewoners van de kliniek. In 2001 is De Transfer begonnen met deeltijdbehandeling. De Transfer is geëvalueerd in een onderzoek naar forensisch psychiatrische poli- en dagklinieken (Plemper, 2001).



## **2.4 De doelgroep onder de loep**

De kliniek van Groot Batelaar is bedoeld voor mannen tussen de 18 en 40 jaar die een delict of meerdere delicten hebben gepleegd en die willen voorkomen dat het nogmaals gebeurt. (De leeftijdsgrens is in 2002 verhoogd van 35 jaar tot 40 jaar). Om tot de doelgroep te behoren, dient er een relatie te zijn tussen het criminele gedrag en persoonlijke problemen.

hoeveel bewoners in de periode van 1995 tot en met 2001 een moeder of vader hebben die niet in Nederland is geboren. Deze gegevens kon de kliniek niet leveren. Groot Batelaar heeft informatie verstrekt over de nationaliteit en het geboorteland van de bewoners vanaf 1997.

Uit de informatie blijkt dat vrijwel alle bewoners de Nederlandse nationaliteit bezitten. Verder is elk jaar sprake van een aantal bewoners dat niet in Nederland is geboren. Er is geen trend te bespeuren. De cijfers schommelen in de periode van 1997 tot en met 2001 tussen tien en 25 procent. In 2001 was 16 procent van de bewoners niet in Nederland geboren (zie Bijlage I, tabel 2.4.2). De gegevens geven echter geen antwoord op onze vraag naar het aantal allochtonen onder de bewonerspopulatie, omdat we de informatie niet eenduidig kunnen interpreteren. Onder de niet in Nederland geboren bevinden zich bewoners met Nederlandse ouders, bewoners met ouders van niet-Nederlandse afkomst en bewoners die als buitenlands adoptiekind naar Nederland zijn gekomen. Onder degenen die in Nederland zijn geboren, treffen we zowel bewoners met ouders die in Nederland zijn geboren als bewoners met ouders die niet in Nederland zijn geboren. De gegevens maken dit niet zichtbaar. We kunnen dus niet zien of er sprake is van allochtonen van de tweede generatie onder de bewonerspopulatie van Groot Batelaar. In de dossiers kwamen we informatie tegen over de allochtone herkomst van sommige bewoners. Ook bleek uit enkele dossiers dat het om bewoners ging die als buitenlands adoptiekind door Nederlandse ouders waren geadopteerd. In de interviews kwam zowel de aanwezigheid van allochtonen in de bewonerspopulatie als in het personeelsbestand aan de orde, met name in relatie tot de identiteit van de kliniek als werkeenheid van het Leger des Heils. We komen hierop later terug.

### **2.4.1 Juridische titels**

Aan Groot Batelaar is gevraagd een overzicht te geven van de juridische of opnametitels van de bewoners bij opname vanaf 1995 tot en met 2001.

De meeste bewoners hebben bij opname een juridische titel. In 2000 gold dit voor 95 procent van de bewoners, in 2001 voor 86 procent. Dit betekent meestal een schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden, een voorwaardelijke veroordeling of een veroordeling tot gevangenisstraf met toepassing van art. 15.5 Penitentiaire Beginselenwet. Bij een schorsing voorlopige hechtenis kan de rechter de strafzaak schorsen op voorwaarde dat de voorgeleide dader zich laat behandelen. Bij een voorwaardelijke veroordeling bepaalt de rechter dat de opgelegde straf gedurende een bepaalde periode niet of gedeeltelijk ten uitvoer wordt gelegd als de veroordeelde zich houdt aan de hem gestelde voorwaarden, zoals opname in een behandelinrichting. Artikel 15, lid 5 van de Penitentiaire Beginselenwet maakt het mogelijk dat een gedetineerde in geval van een stornis in een behandelinrichting geplaatst kan worden.

We zien wat schommelingen door de jaren. Vergeleken met 1995 zien we in 2001 vooral een toename van het aantal voorwaardelijke veroordelingen. In 2001 hadden twintig bewoners een schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden, zestien bewoners een voorwaardelijke veroordeling en vijftien een veroordeling tot gevangenisstraf, art. 15.5 PBW. Het aantal bewoners dat geen juridische titel heeft, dus vrijwillig is opgenomen, was in 2001 relatief hoog: veertien procent. In tabel 2.4.1.1 staan de juridische titels van de opgenomen bewoners per jaar in absolute aantallen en in percentages vermeld.

Tabel 2.4.1.1

Juridische titel bij opname in de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages

Juridische titel	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Veroordeling tot gevangenisstraf, art. 15.5 PBW (voorheen art. 47 GM)	19	(45)	12	(28)	8	(28)	11	(39)	7	(19)	11	(20)	15	(24)
Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden	16	(38)	20	(47)	16	(55)	10	(36)	18	(50)	22	(39)	20	(32)
Voorwaardelijke veroordeling	1	(2)	6	(14)	5	(17)	3	(11)	4	(11)	13	(23)	16	(25)
Tbs met voorwaarden			1	(2)					5	(14)	6	(11)	3	(5)
PIJ											1	(2)		
Buitengewone behandeling	1	(2)	1	(2)										
Vrijwillig: geen juridische titel	5	(12)	3	(7)			4	(14)	2	(6)	3	(5)	9	(14)
N =	42		43		29		28		36		56		63	

## 2.4.2 Delicten

Naast de juridische titel is het van belang te weten welke typen delicten de bewoners hebben gepleegd. We hebben Groot Batelaar verzocht een overzicht hiervan te geven over de periode van 1995 tot 2001.

De meeste bewoners zijn veroordeeld voor geweldsdelicten en vermogensdelicten. Er is relatief weinig sprake van seksuele geweldsdelicten. We zien schommelingen door de jaren heen, maar geen trend in verzwaring van de delicten. In 2001 werden vermogensdelicten genoemd bij 24 bewoners, zware geweldsdelicten bij twintig bewoners en geweldsdelicten

bij vijftien bewoners. In tabel 2.4.2.1 staan de typen delicten bij opname in de kliniek in absolute aantallen en in percentages van de opgenomen bewoners. Bewoners kunnen meerdere typen delicten hebben gepleegd.

Tabel 2.4.2.1

Type delict of strafbaar gedrag bij opname in de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages van de bewoners (meerdere typen mogelijk).

Type delict	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Geweldsdelicten (niet-seksueel)	9	(21)	13	(30)	16	(55)	14	(50)	15	(42)	24	(43)	15	(24)
Zware geweldsdelicten (niet-seksueel)	4	(9)	4	(9)	9	(31)	11	(39)	8	(22)	16	(29)	20	(32)
Vermogensdelicten zonder geweld	19	(44)	23	(53)	9	(31)	8	(29)	13	(36)	15	(27)	24	(38)
Seksuele geweldsdelicten	2	(5)	3	(7)	1	(3)	3	(11)	2	(6)			2	(3)
Brandstichting	9	(21)	3	(7)	2	(7)	2	(7)	3	(8)	5	(9)	3	(5)
Overige delicten	1	(2)	2	(5)	4	(14)	1	(4)	1	(3)	2	(4)		
Onbekend	5	(12)	2	(5)									2	(3)
N =	42		43		29		28		36		56		63	

### 2.4.3 Psychiatrische diagnoses

Aangezien Groot Batelaar in de behandeling uitgaat van een relatie tussen het strafbaar gedrag en de aanwezigheid van psychische of sociale problemen, is het van belang te weten welke problemen en stoornissen bij de bewoners voorkomen. Groot Batelaar is gevraagd een overzicht te geven van de psychiatrische diagnoses van 1995 tot en met 2001. Voor de indeling van diagnoses is gebruik gemaakt van de diagnostische criteria van de DSM-IV (APA 1994; Beknopte Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV, 1996). De jaren 1997 tot en met 2001 zijn aangeleverd door de kliniek. Een paar DSM-categorieën zijn samengevoegd door Groot Batelaar: 'seksuele stoornissen' en 'genderidentiteitsstoornissen'.

nissen'; 'geen diagnose of aandoening op As I' en 'diagnose of aandoening op As I uitgesteld'; en 'geen diagnose op As II' en 'diagnose op As II uitgesteld'.

In tabel 2.4.3.1 is te zien dat bij de meeste bewoners een persoonlijkheidsstoornis, met name cluster B (antisociale persoonlijkheidsstoornis; borderline; theatrale persoonlijkheidsstoornis; narcistische persoonlijkheidsstoornis), is gediagnosticeerd. De behandeldeskundigen binnen de kliniek wijzen erop dat de persoonlijkheidsstoornissen mild van aard zijn. Cluster C (ontwijkende persoonlijkheidsstoornis; afhankelijke persoonlijkheidsstoornis; obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis; persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven) is in de loop der tijd minder vaak als diagnose gesteld. Een aan een middel gebonden stoornis, waaronder misbruik en afhankelijkheid van middelen, zoals alcohol, drugs of andere stoffen, is eveneens vaak gediagnosticeerd. In 2001 was bij tweederde van de bewoners hiervan sprake. In tabel 2.4.3.1. staan de psychiatrische diagnoses bij opname in de kliniek in absolute aantallen en in percentages van de opgenomen bewoners. Bewoners kunnen meerdere diagnoses hebben.

Tabel 2.4.3.1

Psychiatrische diagnoses (volgens DSM-IV) bij opname in de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages van de bewoners (meerdere diagnoses mogelijk).

Psychiatrische diagnose	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Aandachtstekort- en gedragsstoornis	2	(7)	2	(7)	5	(14)	8	(14)	9	(14)
Aan een middel gebonden stoornis (alcohol, drugs, medicijnen, vluchtige stoffen, e.d.)	11	(38)	11	(39)	13	(36)	24	(43)	42	(67)
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen							1	(2)		
Stemmingsstoornis (depressieve stoornis, bipolaire stoornis)	1	(3)	2	(7)	2	(6)	4	(7)	6	(10)
Angststoornis	1	(3)	1	(4)	5	(14)	5	(9)	8	(13)
Somatoforme stoornis							4	(7)		
Seksuele stoornis/Genderidentiteitsstoornis	1	(3)	1	(4)					1	(2)
Stoornis in impulsbeheersing NAO (incl. kleptomanie, pyromanie, pathologisch gokken)	1	(3)	4	(14)	6	(17)	2	(4)	2	(3)
Persoonlijkheidsstoornis – cluster A (paranoïde, schizoïde, schizotypische persoonlijkheidsstoornis)					1	(3)	1	(2)		
Persoonlijkheidsstoornis – cluster B (antisociale, borderline, theatrale, narcistische persoonlijkheidsstoornis)	9	(31)	11	(39)	20	(56)	41	(73)	43	(68)
Persoonlijkheidsstoornis – cluster C (ontwijkende, afhankelijke, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, persoonlijkheidsstoornis NAO)	12	(41)	12	(43)	8	(22)	7	(13)	10	(16)
Identiteitsproblemen	3	(10)								
Geen diagnose of aandoening op As I/Diagnose of aandoening op As I uitgesteld	11	(38)	10	(36)	4	(11)	9	(16)	10	(16)
Geen diagnose op As II/Diagnose op As II uitgesteld	7	(24)	4	(14)	4	(11)	6	(11)	9	(14)
Matige begaafdheid							1	(2)		
N =	29		28		36		56		63	

# 3

## Vormgeving Groot Batelaar

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de vormgeving van Groot Batelaar, zoals de inhoud en organisatie van de behandeling, het bereik van de behandeling en de organisatie van de kliniek. De eerste paragraaf (3.1) richt zich op de inhoud van de behandeling. In paragraaf 3.2 wordt de organisatie van de behandeling beschreven, zoals het proces van aanmelding en intake (§ 3.2.1), de behandeling in groepen (§ 3.2.2), en de behandelduur (§ 3.2.3). In paragraaf 3.3 staat het bereik van de behandeling over de afgelopen jaren centraal, zoals de aantallen bewoners (§ 3.3.1), de afwijzingen en terugtrekkingen (aantallen en redenen) in paragraaf 3.3.2, de ontslagen en uitvallers (aantallen en redenen) in paragraaf 3.3.3 en de aantallen wachtenden en wachttijden in paragraaf 3.3.4. In de slotparagraaf (3.4) komt de organisatie van de kliniek aan de orde, zoals de werkzame disciplines (§ 3.4.1).

### 3.2 Inhoud behandeling

Groot Batelaar heeft als doelstelling: “het voorkomen van recidive van strafbaar gedrag van de bewoners”. Dit tracht men te bewerkstelligen door een sociaal-therapeutische behande-

ling te bieden van veertien tot zestien maanden waarin de bewoner wordt begeleid naar een zelfstandige leefsituatie in de maatschappij. De behandeling wordt omschreven als “een proces waarin de bewoner op gepaste wijze met anderen leert omgaan”. Hierbij wordt uitgegaan van de gedachte dat het delictgedrag voor een groot deel is terug te voeren op inadequate sociale omgangsvormen. De behandeling is gericht op het op adequate wijze leren omgaan met elkaar binnen een groep. De externe adaptieve vaardigheden van bewoners worden verbeterd, onder andere door het oude gedrag, bijvoorbeeld overlevingsgedrag uit de penitentiaire inrichting, om te buigen of af te leren.

De kliniek werkt volgens een sociaal-therapeutische model dat de volgende kenmerken heeft: het is gericht op de sociale, verbale en non-verbale omgang met medebewoners in de leefgroep; er worden sociale analyses gemaakt van deze omgang om het gedrag te leren begrijpen; er wordt geoefend met nieuw rolgedrag; er wordt geleerd vanuit confrontaties met de realiteit; en het model is gericht op reïntegratie van de bewoner binnen de samenleving. In eerste instantie leren de bewoners met elkaar en met de medewerkers van de kliniek om te gaan. Ze kunnen als het ware experimenteren met hun nieuwe gedrag. Er is sprake van een continue interactie in de groep om de gedragspatronen te analyseren en adequaat gedrag te trainen.

Binnen het therapeutisch milieu bieden de regels, het behandelprogramma, de houding van de staf en het gebouw bescherming en ondersteuning aan de bewoners. De grens tussen staf en bewoners moet helder zijn. De staf dient voorspelbaar en consistent te zijn en houvast te bieden aan de bewoners. Er moet een open sfeer heersen met transparantie van informatie en een betrouwbare houding van de staf. Het milieu dient identificatiemogelijkheden te bieden, bijvoorbeeld ‘oudere’ bewoners vormen rolmodellen voor jonge of nieuwe bewoners. Verder is het van belang dat de behandeling een zeker vrijwillig karakter heeft vanwege de keuzemogelijkheid die de bewoner heeft voor behandeling in Groot Batelaar of detentie. Ten slotte moet er ruimte zijn voor individuele basis- en specifieke behoeften van de bewoners, zoals religieuze en zingevingsvragen.

De behandeling bestaat uit vijf fasen: de opnameperiode, het lid worden van de leefgroep, veranderen van gedrag, integratie van gedrag en resocialisatie. De eerste fase duurt twee maanden. In deze periode leert de bewoner te participeren in een opnamegroep. Er is vooral sprake van gewenning, ondersteuning en onderzoek. Er wordt samen met de bewoner een delictanalyse gemaakt. Ook wordt een begin gemaakt met het terugvalpreventie-plan. Er is veel controle op middelengebruik. De bewoner mag niet zonder begeleiding van het terrein af.



In de volgende fase die vier maanden duurt, wordt de bewoner lid van een leefgroep. Hij krijgt taken binnen de groep met geleidelijk meer verantwoordelijkheden. In deze fase is het belangrijk dat de bewoner z'n positie in de groep verbetert en zich hecht aan de groep en het behandelprogramma. De daarop volgende fase wordt ook wel de periode van ontregeling genoemd. De bewoner mag experimenteren met taken en rollen en zijn gedrag wordt ter discussie gesteld. Na vier maanden breekt de fase van integratie van gedrag aan. In deze tijd moet de bewoner het geleerde gedrag in zijn persoonlijkheid integreren. Er worden keuzemogelijkheden geboden, het gedragsrepertoire wordt uitgebreid, sociale vaardigheden worden aangeleerd en er worden gezins- of relatiegesprekken gevoerd. Na twee maanden breekt de laatste fase aan, de resocialisatie. De bewoner moet zich weer inpassen in de samenleving door zich te onthechten van de kliniek en begeleid zelfstandig te wonen in bijvoorbeeld de fasewoning. In die maanden is het belangrijk dat angsten van de bewoner en neigingen tot terugvalgedrag worden besproken. Als er sprake is van opname met een juridische titel wordt in deze fase ook de rapportage voor de rechtbank opgemaakt. De nazorg wordt geregeld. Eventueel kan een verblijf in de sociowoning van maximaal zes maanden volgen. De begeleiding wordt dan geboden vanuit de polikliniek De Transfer.

Elke fase wordt afgesloten met een contract tussen de bewoner, de groep en de staf. Het contract vormt een weerslag van het verloop van de behandeling. Behalve de levensloop, de delictgeschiedenis en de psychische en gedragsproblemen van de bewoner bevat het contract afspraken tussen de bewoner en de groep en tussen de bewoner en de staf. De afspraken zijn wederzijds, bijvoorbeeld de bewoner spreekt met de groep af zijn omgang in de groep te verbeteren en de groep spreekt met de bewoner af hem daarin te steunen. Het contract wordt hardop voorgelezen in de 'patient staff meeting' (PSM). De contracten eindigen altijd met een pakkend motto of leerdoel. Na voltooiing van de behandeling krijgt de bewoner een getuigschrift, getekend door de directeur.

Het behandelprogramma bestaat voor veertig procent uit therapeutische onderdelen, zoals groepstherapie, patient staff meeting, groepsgerichte arbeidstherapie, bewegingsagogie, creatieve therapie, individuele psychomotorische therapie; vormingsonderdelen (30%), zoals het volgen van een studie, leren lassen, leren koken, aanleren van sociale vaardigheden; recreatieve onderdelen (20%), zoals sporten, wandelen; en woonfuncties (10%), zoals corvee en koken voor de leefgroep. De groepsgerichte activiteiten vinden plaats op niveau van de unit, zoals bewegingsagogie; of de kliniek, zoals een cursus autotechniek. Daarnaast kunnen in bepaalde gevallen meer individuele behandelonderdelen, zoals individuele psychotherapie en relatietherapie, worden gevolgd.

In 2002 is in Groot Batelaar het sociaal competentiemodel ingevoerd. Deze methodiek heeft tot doel de behandelphilosofie van de kliniek - het sociaal-therapeutische model - gestructureerder uit te voeren op drie niveaus: op kliniek-, groeps- en individueel niveau. Het sociaal competentiemodel biedt sociotherapeuten en vaktherapeuten concrete gedragsvoorschriften, instructies en feedbackmethoden voor hun handelen met de bewoners. Ook geeft het de bewoners meer structuur in de behandeling door het inventariseren van aanwezige gedragsvaardigheden en het uitbreiden van vaardigheden.

Belangrijke onderdelen van het sociaal competentiemodel zijn het werken met een behandelcyclus, behandelgebieden en behandeldoelen en het toepassen van een beloningssysteem. De behandelgebieden zijn familie (positiebepaling, onderhouden relaties, zorgdragen voor kinderen); maatschappij (studie volgen, beroep kiezen, werkervaring opdoen, wonen vormgeven, omgaan met instanties, vrijetijdsbesteding, omgaan met financiën); sociale relaties (onderhouden relaties, vormgeven seksualiteit, omgaan met grenzen van zichzelf en anderen, omgaan met agressie van zichzelf en anderen, vervullen van functies en taken in de leefgroep en kliniek); lichaam en geest (zorgdragen voor gezondheid, hygiëne en uiterlijk; verantwoord omgaan met middelen; vormen van levensovertuiging); en delict (inzicht in factoren tot delictgedrag, inzicht en vaardigheid in voorkomen delictgedrag). In de behandeling worden met behulp van een behandelplan doelen gesteld om de vaardigheden voor het vervullen van de taken en opgaven te realiseren en om probleemgedrag te kunnen hanteren. De behandeldoelen worden gesteld op basis van competentievergroting, wensen en mogelijkheden van de bewoner, haalbaarheid en realiseerbaarheid, en concreet en observeerbaar gedrag. Per behandelfase worden maximaal twee doelen gesteld.

### **3.3 Organisatie behandeling**

#### **3.3.1 Voorafgaand aan de behandeling**

Voorafgaand aan de behandeling vindt het proces plaats van aanmelding en intake. De aanmeldingen komen terecht bij de opnamecoördinator. Deze verricht een screening en verstrekt informatie betreffende de procedure aan de aanmelder. De opnamecoördinator kijkt of de aangemelde kandidaat-bewoner aan de indicatiecriteria voldoet. De kandidaat moet allereerst binnen de doelgroep vallen: een man tussen de 18 en 40 jaar die een delict of meerdere delicten heeft gepleegd en die wil voorkomen dat het nogmaals gebeurt. Er dient een relatie te zijn tussen het delictgedrag en persoonlijke problemen. De openheid van

de kliniek impliceert dat de bewoner een zodanige problematiek heeft dat de veiligheid van zichzelf, anderen en de samenleving niet wordt bedreigd. Verder dient sprake te zijn van een in aanleg gemiddelde intelligentie, voldoende ik-sterkte en vermogen tot zelfreflectie. Ook is het nodig dat de cliënt enig ziekte-inzicht heeft en enige lijdensdruk ervaart, dat wil zeggen dat hijzelf last heeft van zijn eigen gedrag, hierover vragen heeft en wenst te werken aan verandering van zijn gedrag. Contra-indicaties zijn psychotische problematiek, ernstige borderline-problematiek, ernstige agressieve impulsdoorbraken, ernstige kans op recidive, risico op ontvluchting, duurzaam destructief gedrag, resistentie voor interventies, lage intelligentie (IQ < 85), organische beschadigingen die relationeel inperkende invloeden hebben, primaire verslavingsproblematiek, geen structurele verlofmogelijkheid.

De opnamecoördinator beoordeelt de vraag en legt zijn bevindingen vervolgens voor aan de trajectcoördinator. Deze beslist of de cliënt wordt toegelaten tot de intakeprocedure. De trajectcoördinator dient te beschikken over zoveel mogelijk informatie, zoals de rapportage van de reclassering, psychiatrische en psychologische rapporten en de Pro Justitia rapportage. De coördinator maakt een inschatting van de problematiek, motivatie, lijdensdruk en behandelmogelijkheden van de kandidaat. Hiervoor worden persoonlijkheidsvragenlijsten afgenomen. Bij opname functioneren de gegevens van het testonderzoek als een nulmeting.

Op basis van de verzamelde informatie nodigt de trajectcoördinator de kandidaat al dan niet uit voor een intakegesprek op Groot Batelaar. De kandidaat wordt tijdens het intakegesprek meestal vergezeld door een reclasseringsmedewerker. De intake wordt verricht door een multidisciplinair team, bestaande uit de trajectcoördinator en twee stafleden. Tijdens de intake kijken de medewerkers naar de kernproblematiek van de bewoner en de mogelijkheid tot behandeling binnen Groot Batelaar. Men probeert een beeld te krijgen van de delictomstandigheden, de ik-sterkte, motivatie, lijdensdruk, kwaliteit van objectrelaties en het niveau van sociale en interactieve vaardigheden van de kandidaat. Ook de aanwezigheid van een sociaal systeem en een geschikt verlofadres zijn van belang. De kandidaat heeft op zijn beurt de gelegenheid om kennis te maken met de kliniek. Na de intake bespreekt het team welke problemen men tijdens de behandeling kan verwachten, welke risico's er zijn op uitval en welke interventies mogelijk zijn. Uiteindelijk beslist het intake-team over de opname van de kandidaat. Bij een positieve uitslag wordt allereerst aan de kandidaat gevraagd of hij de behandeling op Groot Batelaar wenst aan te gaan. Als dat zo is, wordt een prognose gemaakt van de opnamedatum. Vervolgens krijgt de reclassering een bevestiging, er wordt overlegd over het mogelijk justitieel kader en de reclassering rapporteert aan de rechtbank.

### 3.3.2 Behandeling in groepen

In de kliniek zijn drie behandelunits, De Lijnen, Het Midden en De Grens, met elk twee leefgroepen. Daarnaast is er een opname- en observatieafdeling, De Basis, met één leefgroep. Tot en met 1999 waren er vier groepen van acht personen. Met de ingebruikname van de nieuwbouw in 1999 werd het mogelijk behandelunits met leefgroepen in aparte gebouwen onder te brengen. Het aantal leefgroepen is toen uitgebreid tot zeven. De leefgroepen op de behandelunits hebben zeven deelnemers mits alle plaatsen bezet zijn. De leefgroep op de opname- en observatieafdeling heeft zes plaatsen. De bezettingsoverzichten over de afgelopen jaren wijzen uit dat de groepen gemiddeld niet volledig bezet zijn. Het bezettingspercentage varieert van zestig tot 83 procent. Dit betekent dat de leefgroepen soms uit drie, vier, vijf of zes personen bestaan.

De bewoners hebben elk een eigen kamer, maar delen de huiskamer, de keuken en een recreatieruimte. De bewoners zorgen grotendeels zelf voor de huishouding: ze koken, doen boodschappen en maken schoon. In de huiskamer staat een televisie. De bewoners van de leefgroep moeten overleggen waarnaar ze wensen te kijken. Ook de huishouding vraagt via het corveeschema om het nodige overleg. Per behandelunit, dus voor twee leefgroepen, is er een gezamenlijke recreatieruimte. Er is een ruimtelijk onderscheid gemaakt tussen het wonen in de leefgroep en het werken en volgen van therapieën. Deze laatste activiteiten vinden plaats in een apart gebouw, Het Veld.

Binnen de leefgroep heeft elke bewoner zijn behandelcontract waaraan hij getoetst kan worden. Daarnaast zijn er de leef- of huisregels waaraan de bewoners en de leefgroepen zich dienen te houden. De regels zijn strikt en zijn van belang om grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. De regels variëren van op tijd komen tot een verbod op: wapenbezit, gebruik van fysiek geweld, overmatig alcoholgebruik en het in gevaar brengen van de medebewoners, staf of de kliniek. Bij ernstige overtredingen van de huisregels volgt verwijdering en dat betekent meestal (terug)plaatsing in een penitentiaire inrichting. Voor lichtere overtredingen gelden sancties, bijvoorbeeld het inhouden van verlof of voorwaardelijke verwijdering. Ook is er de mogelijkheid om de bewoner als time-out tijdelijk terug te plaatsen op de opnameafdeling.

Binnen Groot Batelaar wordt bij voorkeur gesproken over 'bewoners' - en niet over patiënten of cliënten - om het model van het wonen en leven in de groep te benadrukken. De bewoners in de leefgroep zijn vooral 'medebewoners'. Ze kunnen functies bekleden, zoals eerstverantwoordelijke van de leefgroep of behandelunit.

### 3.3.3 Behandelduur

We hebben aan Groot Batelaar gevraagd een overzicht te geven van de behandelduur in maanden, gemeten bij ontslag, over de periode 1995 tot en met 2001. De beoogde duur van een behandeling in de kliniek is veertien tot zestien maanden. De meeste bewoners voltooiën de termijn niet. Vanaf 1999 schommelt de gemiddelde behandelduur rond de zeven maanden. In 2000 verbleef 36% van de bewoners korter dan vier maanden in de kliniek, in 2001 was dat eenderde. Onderstaand overzicht toont de behandelduur in maanden en de gemiddelde behandelduur per jaar in absolute aantallen en in percentages van de ontslagen populatie.

Tabel 3.3.3.1

Behandelduur in maanden bij ontslag uit de kliniek per jaar in aantallen en in percentages (van de ontslagen bewoners)

Behandelduur in maanden	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 1	4	(10)	2	(4)	1	(4)	3	(7)	2	(7)	3	(5)	9	(15)
1 – 4	11	(28)	14	(30)	5	(19)	6	(14)	8	(30)	18	(31)	11	(18)
5 – 8	7	(18)	9	(19)	5	(19)	5	(12)	2	(7)	5	(8)	5	(8)
9 – 12	5	(13)	8	(17)	5	(19)	5	(12)	9	(33)	6	(10)	10	(17)
13 – 16	9	(23)	11	(23)	10	(37)	20	(48)	5	(19)	15	(25)	13	(22)
> 16	4	(10)	3	(6)	1	(4)	3	(7)	1	(4)	4	(7)	3	(5)
Onbekend											8	(14)	9	(15)
N =	40		47		27		42		27		59		60	
Gemiddelde behandelduur	8,5		8,5		9,8		11,9		7,9		7,3		6,9	

## 3.4 Bereik behandeling

### 3.4.1 Aantal bewoners

De toelating van Groot Batelaar als categoriaal psychiatrisch ziekenhuis in 1986 gold aanvankelijk voor 28 bedden. In 1993 werd dit aantal uitgebreid tot 32 plaatsen en in 1999 tot 51. Hiervan zijn 42 plaatsen verspreid over drie behandelafdelingen en zes op de opname- en observatieafdeling. De overige drie plaatsen betreffen een resocialisatieafdeling in Ede. Naast de toelating voor 51 plaatsen exploiteert Groot Batelaar drie plaatsen in een sociowoning in Arnhem. In 2003 kreeg Groot Batelaar een toelating voor een RIBW. Met de toename van het aantal plaatsen is het aantal bewoners eveneens toegenomen. De nieuwbouw maakte uitbreiding van het behandelaanbod mogelijk. Er werd meer personeel aangenomen en er konden meer bewoners worden geplaatst.

Er worden meer bewoners aangemeld dan geplaatst. De kliniek kan kandidaat-bewoners afwijzen. Het kan ook zijn dat een cliënt na aanmelding in aanmerking komt voor plaatsing, maar toch niet wordt opgenomen in de kliniek, omdat de rechter niet akkoord gaat met opname, de cliënt zijn verzoek intrekt of zich niet meldt bij de start van de behandeling. Dit noemen we terugtrekking.

We hebben Groot Batelaar gevraagd een overzicht te geven van het aantal aanmeldingen, afwijzingen, terugtrekkingen, opnames en heropnames van bewoners voor de kliniek per jaar vanaf 1995.

Het aantal aanmeldingen was in 1998 laag, wellicht door de overgang naar de nieuwbouw. In de jaren daarna zien we de aanmeldingen weer aantrekken. Sinds 1999 is sprake van een toename van het aantal opgenomen cliënten (van 34% in 1999 naar 62% in 2001) en een afname van het aantal afwijzingen (van 18% in 1999 naar 14% in 2001) en van het aantal terugtrekkingen (van 24% in 1999 naar 17% in 2001). Ook vonden er in 2000 en 2001 meer heropnames plaats dan voorheen, respectievelijk zeven en zes keer. In 2001 werden in totaal 101 kandidaat-bewoners aangemeld. Hiervan werden er 63 opgenomen, 14 afgewezen en 17 trokken zich terug. In zes gevallen was sprake van heropname. In het onderstaande overzicht worden de gegevens over kandidaat-bewoners en bewoners getoond.

Tabel 3.4.1.1

Kandidaat-bewoners en bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages (van de aanmeldingen).

Kandidaten en bewoners	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	Abs	%	abs	%	abs	%
Aantal aanmeldingen	92	(100)	98	(100)	94	(100)	58	(100)	107	(100)	110	(100)	101	(100)
Aantal afwijzingen	22	(24)	24	(24)	17	(18)	22	(38)	19	(18)	18	(16)	14	(14)
Aantal teruggetrokken cliënten							8	(14)	25	(24)	23	(21)	17	(17)
Aantal opgenomen cliënten	42	(46)	43	(44)	29	(31)	28	(48)	36	(34)	56	(51)	63	(62)
Aantal heropnames	1	(1)					2	(3)			8	(7)	6	(6)
Onbekend of doorlopend naar volgend jaar	27	(29)	31	(32)	48	(51)			0	(25)	5	(5)	1	(1)
N =	92		98		94		58		107		110		101	

### 3.4.2 Afwijzing en terugtrekking

We hebben Groot Batelaar gevraagd naar de redenen voor afwijzing vanaf 1995. Groot Batelaar heeft een overzicht van de redenen gemaakt vanaf 1998. De redenen zijn zeer divers. Er is geen duidelijke trend te bespeuren. In 2001 werd psychiatrie in engere zin vier keer genoemd. Andere genoemde redenen waren primaire verslaving, gebrek aan motivatie, geringe ik-sterkte, lage intelligentie (allen twee keer), gebrek aan probleembesef en geringe frustratietolerantie (beiden één keer).

Tabel 3.4.2.1

Redenen voor afwijzing van kandidaat-bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages (van de afwijzingen)

Reden	1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Gebrek aan motivatie</i>	4	(18)	4	(21)	4	(22)	2	(14)
<i>Gebrek aan probleembesef</i>	1	(5)	1	(5)	1	(6)	1	(7)
<i>Onvoldoende groepsgeschied</i>	1	(5)	1	(5)	2	(11)		
<i>Geringe ik-sterkte</i>			3	(16)			2	(14)
<i>Weinig introspectieve vermogens</i>	3	(14)	3	(16)				
<i>Beperkte frustratietolerantie</i>	7	(32)			2	(11)	1	(7)
<i>Primaire verslaving</i>	2	(9)	2	(11)	2	(11)	2	(14)
<i>Psychiatrie in engere zin</i>	2	(9)	2	(11)			4	(29)
<i>Lage intelligentie (IQ &lt; 85)</i>	2	(9)	2	(11)	7	(39)	2	(14)
<i>Leeftijd buiten categorie</i>			1	(5)				
<i>N =</i>	22		19		18		14	

We hebben Groot Batelaar gevraagd naar de redenen voor terugtrekking vanaf 1995. Groot Batelaar heeft een overzicht van de redenen gemaakt vanaf 1998. Er zijn drie redenen voor terugtrekking, waarvan twee voor rekening van de cliënt komen. Deze dient in te stemmen met de behandeling en met de mogelijkheid van behandeling in plaats van straf. Als de cliënt een behandeling in Groot Batelaar niet ziet zitten, kan hij kiezen voor behandeling elders of voor strafoplegging of verdere uitvoering van de straf. In 2000 en 2001 was dat twaalf keer het geval. Ook komt het voor dat de aangenomen bewoner zich niet meldt bij de kliniek. Dit moet binnen 48 uur na het afgesproken tijdstip van de start van de behandeling gebeuren. In 2000 verschenen vier cliënten niet, in 2001 kwam één cliënt niet opdagen. Een andere oorzaak voor terugtrekking ligt in het gegeven dat de cliënt is aangemeld door de reclassering voordat hij bij de rechter is voorgeleid. Het kan zijn dat de rechter anders beslist en bijvoorbeeld toch straf oplegt. In 2001 was dat vier keer het geval. In de volgende



tabel staan de redenen voor terugtrekking van kandidaat-bewoners vermeld in absolute aantallen en in percentages.

Tabel 3.4.2.2

Redenen voor terugtrekking van kandidaat-bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages (van de terugtrekkingen).

Reden	1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Rechter niet akkoord</i>	2	(25)	12	(48)	7	(30)	4	(24)
<i>Eigen verzoek cliënt</i>	5	(63)	9	(36)	12	(52)	12	(71)
<i>Cliënt heeft zich niet gemeld</i>	1	(13)	4	(16)	4	(17)	1	(6)
<i>N =</i>	8		25		23		17	

### 3.4.3 Ontslag en uitval

We hebben eveneens gekeken naar het aantal ontslagen bewoners per jaar. We maken daarbij onderscheid tussen regulier ontslag waarbij de behandeling volgens plan is afgemaakt en uitvallers of ‘dropouts’ die voortijdig de kliniek verlaten. Groot Batelaar heeft hierover informatie geleverd vanaf 1995.

De cijfers in de volgende tabel maken duidelijk dat de meeste bewoners die de kliniek verlaten uitvallers zijn. Het aantal bewoners dat regulier ontslag krijgt, is sinds 1999 minder dan een kwart. Zowel in 2000 als in 2001 werden veertien bewoners regulier ontslagen. In 2000 vielen 45 bewoners voortijdig uit, in 2001 46. In tabel 3.4.3.1 zijn de absolute aantallen ontslagen en de percentages te lezen.

Tabel 3.4.3.1

Regulier ontslagen bewoners en uitvallers van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages.

Ontslagen	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Aantal reguliere ontslagen	15	(38)	18	(38)	13	(48)	27	(64)	6	(22)	14	(24)	14	(23)
Aantal uitvallers	25	(63)	29	(62)	14	(52)	15	(36)	21	(78)	45	(76)	46	(77)
N =	40		47		27		42		27		59		60	

Groot Batelaar heeft de redenen voor uitval sinds 1995 op een rij gezet. Vooral uitval van een bewoner door een incident of het vertrek van een bewoner tegen het advies van de staf in worden genoemd als oorzaken. In 2001 kwam het 22 keer voor dat een bewoner de behandeling voortijdig moest beëindigen vanwege een incident. Zestien bewoners gingen tegen het advies van de staf weg. In negen gevallen is de bewoner in overleg met de kliniek voortijdig gestopt. Vier maal viel een bewoner uit vanwege gebrek aan motivatie. Het volgende overzicht toont de redenen voor uitval in absolute aantallen en in percentages.

Tabel 3.4.3.2

Redenen voor uitval van bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages (van de uitvallers).

Reden	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Incident	11	(44)	17	(59)	11	(79)	9	(60)	7	(33)	10	(22)	22	(48)
Gebrek aan motivatie	2	(8)	1	(3)					1	(5)	5	(11)	2	(4)
Bewoner is tegen advies staf weggegaan	10	(40)	10	(34)	2	(14)	6	(40)	13	(62)	26	(58)	16	(35)
Bewoner is in overleg voortijdig gestopt	2	(8)	1	(3)	1	(7)					4	(9)	4	(9)
Onbekend													2	(4)
N =	25		29		14		15		21		45		46	

Het komt voor dat tijdens het verblijf de juridische titel wegvalt. De bewoner is dan vrij om te kiezen voor beëindiging van de behandeling. Het was voor de kliniek niet mogelijk om de gegevens van de uitvallers of de ontslagen bewoners te vergelijken met hun juridische titels. Hierdoor kunnen we niet zien of bewoners zonder titel eerder uitvallen dan bewoners met een maatregel.

We hebben gevraagd aan Groot Batelaar of er bewoners zijn met een juridische titel die weglopen uit de kliniek om hun straf te ontlopen. Dit wordt niet systematisch bijgehouden. Er wordt geschat dat er elk jaar een paar bewoners weglopen. Na twee uur onwettige afwezigheid wordt de aanmeldende instantie ingelicht. Deze vaardigt een opsporingsbevel uit. Als de wegloper binnen twee etmalen vrijwillig terugkeert, neemt de kliniek hem terug zonder intake. Hoe vaak dit gebeurt wordt niet bijgehouden.

### 3.4.4 Wachlijsten

Het is van belang te weten of er kandidaat-bewoners zijn die moeten wachten op opname in Groot Behandelaar en hoelang ze moeten wachten. Aan Groot Batelaar is gevraagd een overzicht hiervan te geven vanaf 1995. We hebben de gegevens gekregen vanaf 1997.

Uit de cijfers valt op te maken dat de wachtlijst voor de kliniek sinds 1997 gestaag is gegroeid. In 2001 stonden 81 kandidaat-bewoners op de wachtlijst bij een capaciteit van 54 plaatsen. In 1997 bedroeg het aantal wachtenden 27 bij een capaciteit van 32 plaatsen. De lengte van de wachttijd is echter afgenomen van 8,9 weken in 1997 tot 4,8 weken in 2001. Dit wordt veroorzaakt door de capaciteitsuitbreiding, maar ook door een snellere doorstroming als gevolg van een kortere gemiddelde behandelduur en een toename van uitval.

*Tabel 3.4.4.1*

*Aantal wachtenden en de lengte van de wachttijd voor de kliniek per jaar*

<i>Wachtenden</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
<i>Totaal aantal wachtenden</i>	27	34	49	76	81
<i>Totale lengte wachttijd in weken</i>	8,9	7,1	5,5	5,7	4,8

## **3.5 Organisatie kliniek**

### **3.5.1 Werkzame disciplines**

Iedere behandelunit beschikt over een team van sociotherapeuten, sociotherapeutisch medewerkers, een klinisch psychotherapeut en een maatschappelijk werker. De behandelunits worden geleid door een unitmanager (van oorsprong een sociotherapeutisch werker) en een behandelcoördinator (een psychotherapeut). De sociotherapeuten dragen zorg voor het handhaven van de leefregels en de werkafspraken binnen het leefmilieu. De sociotherapeutisch medewerkers begeleiden de leefgroep vooral in de woon- en recreatieve functies. De maatschappelijk werkers verbinden de interne therapie met het externe leefmilieu van de bewoner en verrichten gedeeltelijk de gezinstherapie. De cognitief gedragstherapeut stelt de delictanalyses en terugvalpreventie-plannen op en traint sociale vaardigheden. De vaktherapieën worden centraal aangeboden in en vanuit het activiteitencentrum door arbeidstherapeuten, bewegingsagogen, psychomotorische therapeuten en creatieve therapeuten. Een medewerker scholing en vorming begeleidt de bewoners bij studie en scholing aan de hand van afgenomen beroepskeuzetests en verzorgt werkervaringsplaatsen.

In Groot Batelaar als circuit voor forensische psychotherapie is een nieuwe functie gecreëerd, de trajectcoördinator. Deze functie wordt vervuld door een psycholoog/diagnosticus die als een casemanager het individuele behandeltraject van een bewoner volgt en coacht. De trajectcoördinator stelt bij aanmelding van een cliënt vast of wordt voldaan aan de criteria voor toelating en beslist of de cliënt wordt toegelaten tot de intakeprocedure. De coördinator draagt zorg voor het opvragen van de benodigde informatie, de afname van een psychologisch onderzoek en overlegt bij twijfel met de psychiater. De trajectcoördinator maakt deel uit van het intake-team, doet verslag van de intake, formuleert de diagnose en de behandeldoelen en stelt een behandelplan voor. Dit wordt voorgelegd aan de psychiater. Als de cliënt in de kliniek wordt opgenomen, verzorgt de trajectcoördinator de behandelingsovereenkomst met de cliënt en informeert de verwijzer over de plaatsing. De coördinator bewaakt het behandelplan en de afspraken, draagt zorg voor de organisatie en coördinatie van de behandeling, stemt af tussen de verschillende disciplines, is verantwoordelijk voor de uitplaatsing van de bewoner, brengt rapporten en adviezen uit en is het aanspreekpunt voor verwijzers.

Groot Batelaar heeft een overzicht geleverd van de disciplines die op 1 januari 2002 werkzaam waren binnen de behandeling in de kliniek. In totaal waren toen 61,97 fte's aan het werk. Het is niet verwonderlijk dat de sociotherapeuten en de sociotherapeutisch medewerkers het zwaarst zijn vertegenwoordigd: 40,54 fte's. Zij nemen tweederde van de fte's voor hun rekening.

*Tabel 3.5.1.1*

*Disciplines werkzaam in de kliniek in fte's op 1 januari 2002*

<i>Disciplines</i>	<i>Fte's</i>
<i>Sociotherapeuten/sociotherapeutisch medewerkers</i>	40,54
<i>Arbeidstherapeuten</i>	4,68
<i>Maatschappelijk werkers</i>	4
<i>Psychologen</i>	3,04
<i>Psychotherapeuten</i>	2,33
<i>Bewegingsagogen</i>	1,66
<i>Verpleegkundigen</i>	1,38
<i>Sociaal dienstverleners</i>	1
<i>Gedragstherapeut</i>	0,89
<i>Medewerker vorming en scholing</i>	0,77
<i>Creatief therapeuten</i>	0,67
<i>Psychomotorisch therapeuten</i>	0,51
<i>Psychiaters</i>	0,5
<i>Totaal</i>	61,97



# 4

## Positie Groot Batelaar

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de positie van Groot Batelaar in het forensisch psychiatrische veld behandeld. In de eerste paragraaf (4.2) komen de aanmeldende instanties en contactpersonen en de voorzieningen van herkomst aan de orde. De ervaringen van de contactpersonen met de kliniek en de oordelen over de behandeling worden hierin behandeld. In paragraaf 4.3 staat de (regionale) samenwerking met andere organisaties en de circuitvorming van de kliniek centraal, evenals de geografische herkomst van de bewoners. Ten slotte worden in de laatste paragraaf (4.4) de naam en identiteit van Groot Batelaar onder de loep genomen.

### 4.2 Aanmeldende instanties en voorzieningen van herkomst

Om de positie van Groot Batelaar in het veld van de forensisch psychiatrische zorg te bepalen, is het relevant om na te gaan welke instanties cliënten verwijzen of aanmelden en uit welke voorzieningen de bewoners afkomstig zijn. We hebben Groot Batelaar gevraagd om een overzicht te leveren van de verwijzers of aanmeldende instanties vanaf 1995. Het blijkt dat deze gegevens niet worden geregistreerd. Gezien de betrokkenheid van meerdere actoren, zoals reclassering en gerechtelijke instantie, is het niet altijd inzichtelijk wie de

feitelijke verwijzer of aanmelder is. Via screening van dossiers is Groot Batelaar vanaf 1997 nagegaan welke instantie contactpersoon is voor de bewoner.

Onderstaande overzichten tonen dat de reclassering de belangrijkste contactpersoon is voor de kliniek. In de afgelopen jaren is dit bij tweederde tot driekwart van de bewoners het geval. In 2001 is een toename te zien van het aantal contactpersonen vanuit de verslavingszorg. We zagen in paragraaf 2.4.3 dat in 2001 bij een relatief groot aantal bewoners een aan een middel gebonden stoornis werd gediagnosticeerd. Verder is in 2001 bij drie bewoners geen contactpersoon van de reclassering betrokken en is bij zes bewoners geen contactpersoon bekend. Dit kan samenhangen met een groter aantal bewoners dat zonder juridische titel, dus vrijwillig, in de kliniek verblijft. In de volgende tabel staan de contactpersonen van de kliniek beschreven, achtereenvolgens in absolute aantallen en in percentages.

*Tabel 4.2.1  
Contactpersonen van de bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages*

<i>Contactpersonen</i>	<i>1997</i>		<i>1998</i>		<i>1999</i>		<i>2000</i>		<i>2001</i>	
	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>
<i>Reclassering</i>	17	(59)	14	(50)	20	(56)	32	(57)	27	(43)
<i>Reclassering Leger des Heils</i>	6	(21)	4	(14)	7	(19)	14	(25)	12	(19)
<i>Jeugdreclassering</i>	1	(3)					5	(9)		
<i>Verslavingszorg</i>	4	(14)	7	(25)	7	(19)	4	(7)	12	(19)
<i>ggz</i>			1	(4)			1	(2)		
<i>Jeugdhulpverlening</i>			1	(4)					3	(5)
<i>Geen reclassering</i>	1	(3)							3	(5)
<i>Onbekend</i>			1	(4)	2	(6)			6	(10)
<i>N =</i>	29		28		36		56		63	

We hebben Groot Batelaar gevraagd om een overzicht te leveren van de voorzieningen van herkomst van de bewoners vanaf 1995. Ook hebben we gevraagd naar nadere informatie over de eventuele detentie- of hulpverleningsgeschiedenis van de bewoners. De laatstge-



noemde gegevens kon Groot Batelaar niet verschaffen. Dit wordt niet bijgehouden, noch in de registratie noch in de dossiers. Via screening van dossiers is Groot Batelaar vanaf 1997 nagegaan in welke voorziening de bewoner verbleef voorafgaand aan de behandeling in de kliniek.

Het merendeel van de bewoners komt uit detentie. In 2001 was een vijfde van de bewoners afkomstig uit een thuissituatie. Dit kan samenhangen met een relatief groter aantal bewoners dat vrijwillig, dus zonder juridische titel, in 2001 werd opgenomen en waarvan geen contactpersoon van de reclassering of een andere instantie bekend is. In de volgende tabel staan de voorzieningen van herkomst van de bewoners te lezen, achtereenvolgens in absolute aantallen en in percentages.

*Tabel 4.2.2  
Voorzieningen van herkomst van de bewoners per jaar in absolute aantallen en in percentages*

<i>Voorzieningen van herkomst</i>	<i>1997</i>		<i>1998</i>		<i>1999</i>		<i>2000</i>		<i>2001</i>	
	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>
<i>Penitentiaire inrichting/Huis van Bewaring</i>	16	(55)	14	(50)	23	(64)	31	(55)	30	(48)
<i>Huis van Bewaring via Penitentiair Selectie Centrum</i>	8	(28)	11	(39)	7	(19)	11	(20)	15	(24)
<i>Jeugdetentie</i>	2	(7)			2	(6)	6	(11)	3	(5)
<i>Forensische psychiatrie</i>					1	(3)			2	(3)
<i>Voorziening Leger des Heils</i>							2	(4)		
<i>Eigen woning/gezin/familie</i>	3	(10)	2	(7)			6	(11)	13	(21)
<i>Onbekend</i>			1	(4)	3	(8)				
<i>N =</i>	29		28		36		56		63	

We voerden tien interviews met contactpersonen van instanties en organisaties die aanmelden bij Groot Batelaar, waarmee samenwerkingscontacten zijn en waaruit bewoners afkomstig zijn. Het betrof de volgende organisaties: de Forensisch Psychiatrische Afdeling van De Gelderse Roos, Arnhem; de Forensisch Psychiatrische Dienst Arnhem; de Penitentiaire Inrichtingen Vught, Nieuw Vosseveld; het Penitentiair Selectie Centrum

Scheveningen; de reclassering Leger des Heils in Eindhoven en Utrecht; de reclassering in Arnhem, Den Bosch, Leeuwarden en Rotterdam. Er is gekozen voor zowel regionale invulling als landelijke spreiding.

De reclasseringsmedewerkers spreken geregeld met de bewoners die ze hebben aangemeld. Sommigen blijken op deze wijze veel informatie te krijgen over de kliniek. Daarnaast worden ze via de rapportages van Groot Batelaar op de hoogte gehouden van de vorderingen van hun cliënten.

De geïnterviewden zijn te spreken over de mogelijkheid van behandeling in Groot Batelaar. Ze roemen de open setting en benadrukken dat de kliniek uniek is. Er zijn weinig alternatieven beschikbaar voor de doelgroep. De omgang met de bewoners wordt als bijzonder gezien. Men constateert dat Groot Batelaar in staat is een vertrouwensrelatie met de bewoners op te bouwen.

Iemand verbaast zich erover dat weinig collega's verwijzen. Een andere informant betreurt het dat gedetineerden waarvoor een behandeling een goede keuze zou zijn zo weinig worden aangemeld.

Er is waardering voor het feit dat de kliniek minder 'zweverig' wordt. Een pragmatische aanpak en gedragsbeïnvloeding spreken de aanmeldende instanties meer aan.

Een contactpersoon uit kritiek op het behandelprogramma. Hij merkt op dat de bewoners zich snel gaan vervelen, met name de eerste weken, omdat er te weinig activiteiten worden geboden. Hij is bang dat verveling kan leiden tot druggebruik.

Enkele informanten van de reclassering menen dat de aanmelding weliswaar laagdrempelig is, maar dat de intake zwaar is. Iemand spreekt van "pittige gesprekken, alsof de therapeutische sessie al begonnen is". De cliënt moet vooraf weten wat hij van de behandeling wil leren en moet kunnen beargumenteren waarom hij naar Groot Batelaar wil. "Het lijkt wel een sollicitatiegesprek", merkt iemand op. Een informant vertelt meegemaakt te hebben dat de kandidaat-bewoner tijdens het intakegesprek zo overdonderd werd dat hij zich naar eigen zeggen "helemaal de pleuris was geschrokken". "Bekijk het maar, daar ga ik dus echt niet heen", waren zijn woorden. De informant betreurde dit, omdat hij veel moeite had gedaan om de kandidaat-bewoner zover te krijgen. Een ander punt dat de intake zwaar maakt, is de gewenste aanwezigheid van een reclasseringsmedewerker. Dat kan een grote hoeveelheid reistijd betekenen voor een reclasseringsmedewerker die wordt geacht productie te behalen.

De meesten melden goed op de hoogte te worden gehouden over zaken die rond de cliënt spelen. Ze worden uitgenodigd voor de behandelplanbesprekingen. Niet iedereen is tevreden over de mate waarin men inbreng kan hebben. Ook is niet iedereen tevreden over de schriftelijke communicatie. Nog te vaak is Groot Batelaar van mening dat de bewoner alleen de verantwoordelijkheid van de kliniek is, aldus een informant. Hij vertelt over incidenten waarvan de reclassering niet op de hoogte werd gesteld terwijl deze wel de verantwoordelijkheid had om de gerechtelijke instantie hierover te informeren. De kliniek handelt zulke zaken liever zelf af, aldus de informant.

Een ander kritiekpunt over de communicatie is dat de rapportages soms naar medewerkers worden gestuurd die niet meer werkzaam zijn in die functie of bij de bewuste instantie. Er is bij een paar informanten het gevoel dat de schriftelijke communicatie vanuit Groot Batelaar slordig is, terwijl het toch privacygevoelige zaken betreft. Ook de uitnodigingen voor de behandelplanbesprekingen worden niet altijd of niet op tijd bezorgd.

Voor de inhoudelijke kant van de rapportages van Groot Batelaar is veel waardering. De rapportages zijn uitgebreid en diepgaand. Ook de mogelijkheid om contact te hebben met behandelaars wordt toegejuicht.

Een opvallend punt is dat diverse informanten zich storen aan het feit dat de kliniek de ‘vuile was’ buiten hangt. Men stelt openheid op prijs, maar dit gaat sommigen te ver. Iemand merkt op het vervelend te vinden als er tijdens een behandelbespreking min of meer een strijd wordt beslecht tussen twee kampen. Zo zijn de behandelaars volgens een informant intern verdeeld over het wel of niet toestaan van druggebruik in de kliniek. De onduidelijkheid hierover is niet goed, want dat voelt de bewoner ook. Twijfel en niet één lijn trekken, is slecht, aldus de informant. Vooral contactpersonen die goed bekend zijn met Groot Batelaar merken op dat de kliniek een “beetje zoekende” is naar een nieuwe koers.

Het toenemende middelengebruik, de opname van druggebruikers en verhalen over drugbezit weerhouden een informant ervan om momenteel bij Groot Batelaar aan te melden. Hij wijst erop dat zijn cliënten gevoelig zijn voor druggebruik of een drugverleden hebben en door het gebruik van anderen in hun oude gewoonte vervallen.

Een informant noemt het een gemis dat er geen behandelvormen mogelijk zijn voor ‘oudere’ cliënten, zoals dertigers en veertigers.

Verder is er behoefte aan follow-up na de behandeling. Niet alleen nazorg is nodig, maar ook is het gewenst na te gaan hoe de situatie is na verloop van tijd en welke effecten op lange termijn worden bereikt.

### 4.3 (Regionale) samenwerking en circuitvorming

Groot Batelaar heeft een landelijke functie. Uit het gehele land kunnen kandidaat-bewoners worden aangemeld. We hebben aan Groot Batelaar een overzicht gevraagd van de regio's van waaruit opgenomen bewoners afkomstig zijn vanaf 1995. We ontvingen gegevens vanaf 1997.

Uit de cijfers blijkt dat de aanmelders van Groot Batelaar gespreid zijn over het land, maar er zijn concentratieplekken en witte vlekken. Dit hangt gedeeltelijk samen met een groter aanbod van kandidaat-bewoners in sommige locaties dan elders, maar ook met de bekendheid en de ervaring van bepaalde instanties en organisaties met de kliniek. Zo zijn er relatief weinig bewoners geplaatst uit de noordelijke provincies, Zeeland, Limburg en Flevoland. In 2001 werden relatief veel bewoners aangemeld vanuit Noord-Brabant. Het betrof voor een groot deel bewoners die afkomstig zijn uit instellingen voor verslavingszorg. In tabel 4.3.1 zijn de provincies van waaruit de aanmeldingen van de opgenomen bewoners afkomstig zijn te zien in absolute aantallen en in percentages.

Tabel 4.3.1

*Bewoners van de kliniek naar provincie van aanmelding per jaar in absolute aantallen en in percentages*

Provincie	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Groningen					1	(3)	1	(2)	3	(5)
Friesland									1	(2)
Drenthe							1	(2)		
Noord-Holland	5	(17)	2	(7)	4	(11)	4	(7)	7	(11)
Zuid-Holland	8	(28)	11	(39)	12	(33)	11	(20)	8	(13)

<i>Provincie</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
<i>Flevoland</i>			1 (3)	1 (2)	2 (3)
<i>Overijssel</i>	3 (10)	1 (4)	4 (11)	12 (21)	6 (10)
<i>Gelderland</i>	6 (21)	3 (11)	2 (6)	7 (13)	7 (11)
<i>Utrecht</i>	1 (3)		1 (3)	3 (5)	4 (6)
<i>Noord-Brabant</i>	4 (14)	7 (25)	5 (14)	10 (18)	15 (24)
<i>Limburg</i>	1 (3)		3 (8)	3 (5)	1 (2)
<i>Zeeland</i>		2 (7)		3 (5)	
<i>Onbekend</i>	1 (3)	2 (7)	3 (8)		9 (14)
<i>N =</i>	29	28	36	56	63

Groot Batelaar is afhankelijk van aanmeldingen van organisaties en instanties. Zij leveren de bewoners. Daarom is het voor de kliniek belangrijk om met mogelijke aanmeldende instanties, zoals de reclassering, in de diverse hofressorts contacten te onderhouden. Er worden geregeld excursies georganiseerd voor bijvoorbeeld reclasseringswerkers om zo kennis te maken met de behandel mogelijkheden binnen de kliniek. Ook verspreidt de kliniek foldermateriaal onder relevante functionarissen.

Groot Batelaar noemt zich circuit voor forensische psychotherapie om de diverse functies van de eigen organisatie in de keten van behandeling en zorg te benadrukken: klinische behandeling; ambulante en deeltijdbehandeling; en begeleid en beschermd wonen. Groot Batelaar is onderdeel van het regionale forensische circuit in en rond Arnhem. Hieraan nemen ook deel de FPA van de Gelderse Roos, de FPD Arnhem en de reclassering. De bedoeling is dat het circuit een optimaal behandeltraject kan bieden aan cliënten, gebaseerd op hun hulpvraag, mogelijkheden en stoornis. Het circuit verkeert nog in de ontwikkelingsfase, met name waar het de behandeling betreft. Er is een convenant getekend door de partners om tot samenwerking te komen. Er zijn daarnaast contacten tussen Groot Batelaar en de FPA van de Gelderse Roos over de wenselijkheid van duurzame samenwerking.

Op landelijk niveau heeft Groot Batelaar hechte samenwerkingsrelaties met het Penitentiair Selectie Centrum. Het PSC selecteert gedetineerden die in aanmerking komen voor

behandeling in de forensische psychiatrie. Ook kan het PSC een time-out bieden aan een bewoner als de behandeling in Groot Batelaar niet goed verloopt.

#### **4.4 Naam en identiteit Groot Batelaar**

De vertegenwoordigers van aanmeldende instanties en de contactpersonen die wij interviewden, oordelen positief over de naam van Groot Batelaar. Wel vragen enkelen zich af of de kliniek voldoende bekend is bij relevante betrokkenen. Men zou meer foldermateriaal en PR willen zien.

Door een informant wordt opgemerkt dat de kliniek van Groot Batelaar in strikte zin geen kliniek voor forensische psychotherapie is, maar een open forensisch psychiatrische kliniek gebaseerd op sociotherapeutische uitgangspunten. Naar buiten toe zou dit duidelijker gemaakt moeten worden.

De medewerkers van Groot Batelaar die wij spraken, vinden de kliniek uniek en prettig om te werken. Ze zijn tegelijkertijd realistisch over de prestaties van hun werk en de mogelijkheden van behandeling.

De bewoners die wij interviewden, hadden al van Groot Batelaar gehoord in detentie. Er werden goede verhalen over gehoord. Ondanks hun kritiek op de kliniek zijn ze trots op 'hun Batelaar'. Ze vinden het een prestatie als ze de behandeling voltooien. Afhaken zien ze als een mislukking. Alhoewel ze statistisch gezien eveneens kans maken uit te vallen, zijn ze van mening dat de uitvallers de 'losers' zijn waar niets van terecht komt. Het feit dat ze de uitval van bewoners als blamage voor de naam van Groot Batelaar ervaren, toont hun trots op de kliniek.

De identiteit van Groot Batelaar wordt gevormd doordat het een werkeenheid is van de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg. De meeste contactpersonen vinden dat de identiteit geen betekenis heeft in de behandeling en zien het noch als een reden noch als een belemmering om cliënten te verwijzen. Ze merken niet dat de identiteit voor kandidaat-bewoners een reden of beletsel vormt om naar Groot Batelaar te gaan. Sommige contactpersonen wensen dat Groot Batelaar zich meer zou profileren als kliniek van het Leger des Heils. Nu zijn veel organisaties vaak niet op de hoogte van de relatie, omdat Groot Batelaar er weinig ruchtbaarheid aan geeft, menen deze contactpersonen.

Voor de kliniek ligt de identiteitskwes­tie ingewikkelder. Aan de ene kant dienen medewerkers de identiteit te onderschrijven. Aan de andere kant is het niet de bedoeling dat mensen bij Groot Batelaar gaan werken om te evangeliseren. Het onderschrijven van de identiteit legt belemmeringen op voor het aannemen van personeel, bijvoorbeeld mensen met een andere religieuze of levensovertuiging. Het is nu onmogelijk voor een moslim om in Groot Batelaar te werken terwijl onder de bewoners wel moslims zijn. Weinig personeelsleden zeggen “iets met het Leger” te hebben. Ze solliciteerden bij Groot Batelaar vanuit hun interesse om in de kliniek te werken, hun opvattingen over behandeling en hun betrokkenheid bij de doelgroep. Ze werken primair vanuit hun professionele opvatting in de kliniek. Sommigen hadden moeite met het tekenen van de verklaring waarin men de identiteit respecteert en uitdraagt. Anderen hebben getekend, maar verbinden daar geen consequenties aan. Er wordt door sommige personeelsleden wat lacherig over gedaan, anderen nemen het serieuzer. De ondernemingsraad heeft moeite met het opleggen van het onderschrijven van de identiteit aan personeelsleden en beschouwt de belemmeringen voor het aannemen van werknemers met een andere identiteit dan de christelijke als een probleem.

De bewoners die wij interviewden, beoordelen de binding met het Leger des Heils als positief. Ze zijn bekend met de organisatie vanuit hun detentie­verleden of via de reclas­se­ring. Ze hebben positieve ervaringen met het Leger des Heils. Ook is er waardering voor de majoor die regelmatig op bezoek komt en beschikbaar is voor gesprekken met de bewoners. Hij wordt beschouwd als “een onafhankelijk persoon die er altijd voor je is”. Wel wordt er gepleit voor de mogelijkheid om andere geestelijk raads­mannen of vertrouwens­personen van andere religies in te schakelen.





# 5

## Werkzaamheid van Groot Batelaar

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk draait het om de werkzaamheid van Groot Batelaar. Achtereenvolgens worden de oordelen van de informanten over de behandeling en organisatie van Groot Batelaar (§ 5.2), de realisatie van de doelstelling van de behandeling (§ 5.3) en de resultaten van de kliniek volgens de scoring op de indicatoren weergegeven (§ 5.4).

### 5.2 Behandeling en organisatie volgens de informanten

In het onderzoek hebben we via de grounded theory-benadering (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1994) Groot Batelaar bestudeerd vanuit de perspectieven van meerdere actoren. Dit biedt de mogelijkheid om de kliniek te bekijken vanuit verschillende ervaringen, opvattingen en inzichten van het management, de medewerkers, de bewoners en de aanmeldende instanties. Met de grounded theory-benadering hebben we de opmerkingen van de informanten over de organisatie, werkwijze en behandeling van Groot Batelaar in categorieën geordend. Er zijn vijf hoofdcategorieën te formuleren: leefklimaat, werkklimaat, bezetting, uitval en koers. Hierbinnen zijn subcategorieën gevormd. De ordening is als volgt:

- *Leefklimaat*
  - Vrijheid.
  - Je moet er zelf wat van maken.
  - Verschil tussen units.
  - Gelijkwaardige relatie.
  - Geleidelijke overgang.
  - We zitten hier niet zomaar.
  - Hanteren van regels.
  - Niet serieus genomen.
  - Verveling.
  - Weggestuurd: alles voor niks geweest.
  - Geïsoleerde ligging: rust of belemmering?
- *Werkklimaat*
  - Fluitend naar het werk.
  - Units als eilanden.
  - Klaagcultuur.
  - Parallele processen.
  - Veiligheid in kliniek.
  - Ondercultuur.
  - Bewoners maken dienst uit.
  - Oude cultuur versus nieuwe cultuur.
  - Nieuwe communicatie.
  - Meer gedragsmatige aanpak.
- *Bezetting*
  - Leegstand.
  - Onrust.
  - Aantasting van het sociaal-therapeutische model.
- *Uitval*
  - Toename.
  - Uitval kan ook prettig zijn.
  - Te veel verantwoordelijkheid voor bewoners.
  - Openheid versus geslotenheid.
- *Koers*
  - Zoekende.
  - Nieuwe doelgroepen.

- Dilemma: nog meer uitval?
- Kortere behandelduur.
- Geleidelijkere overgang.

Hieronder geven we de opmerkingen van de informanten per categorie weer.

## **Leefklimaat**

### *Vrijheid*

De bewoners oordelen gunstig over het leefklimaat in Groot Batelaar. Daarbij zetten ze hun oordeel af tegenover hun ervaringen in detentie. Voor hen betekent Groot Batelaar vrijheid. Zelf kunnen bepalen wanneer je naar buiten gaat, wanneer je naar bed gaat, wanneer en wat je eet, worden als grote verworvenheden ervaren. De vergelijking met het leven in detentie geldt niet voor de bewoners zonder justitieel kader. Zij nemen vrijwillig een beperking op zich, maar krijgen daarvoor de kans om aan zichzelf te werken, aldus een bewoner.

Bovendien beseffen deze bewoners dat zij - als ze niet naar Groot Batelaar waren gegaan - nu wellicht gedetineerd zouden zijn.

### *Je moet er zelf wat van maken*

De bewoners vinden het goed dat ze gedwongen worden met anderen te leren leven en met elkaar te leren praten. Er is altijd iemand, altijd een luisterend oor. Je leert over je problemen te praten, je leert voor jezelf op te komen, je kunt structuur brengen in je leven, stellen de bewoners. Ze stellen dat je het echter zelf moet doen: je moet zelf wat van de behandeling maken en eruit halen wat je nodig hebt. Zo wordt er positief geoordeeld over de mogelijkheid om aan scholing te werken, cursussen te volgen en bijvoorbeeld een rijbewijs te halen. De bewoners zien het verblijf in de kliniek als een beginfase. Daarna moet je nog aan de slag met jezelf.

### *Vershil tussen units*

De bewoners uiten kritiek op de verschillen in het beleid tussen de behandelunits. De ene unit heeft strengere regels dan de ander. De ene unit is populairder dan de ander. Dat is mede afhankelijk van de bewoners van de leefgroepen op dat moment en van de staf van de unit. Bewoners zijn ervan overtuigd dat men bij binnenkomst kijkt waar een bewoner het beste past. Er mag tussentijds niet gewisseld worden van leefgroep. Je treft het met bewoners en staf of niet, stellen de bewoners.

### *Gelijkwaardige relatie*

Er is waardering voor de houding van de staf. In de gevangenis werden de bewoners meer gecommandeerd. In Groot Batelaar is sprake van een meer gelijkwaardige

### *Geleidelijke overgang relatie*

De fasering van de behandeling wordt als een prima systeem ervaren. Op de opnameafdeling De Basis kun je afkicken van de gevangenis en wennen, stellen de bewoners. Op de unit krijgen bewoners meer vrijheid. Deze geleidelijke overgang wordt als positief ervaren.

### *We zitten hier niet zomaar*

Er zijn conflicten en spanningen tussen bewoners onderling en tussen bewoners en staf. Soms draait er iemand door. De bewoners doen daar laconiek over. We zitten hier nu eenmaal niet zomaar, menen ze.

### *Hanteren van regels*

De bewoners storen zich eraan als regels worden verdraaid of als stafleden elkaar dekken. Over regels is niet te onderhandelen. De bewoners hebben soms het idee dat zij zich alleen maar aan regels dienen te houden en de staf niet. Ze willen dat de staf zich ook aan de regels houdt, zoals op tijd op het werk komen.

De bewoners menen dat de staf onderscheid maakt tussen bewoners. Er is de indruk dat men bewoners die tbs hebben gehad strenger aanpakt en eerder verwijdert dan andere bewoners, met name die zonder justitieel kader.

### *Niet serieus genomen*

De bewoners klagen erover dat sommige zaken lang duren, zoals onderhoudswerkzaamheden of vervanging van materiële zaken. Ze voelen zich hierin niet altijd serieus genomen

### *Verveling*

Veel bewoners vinden het behandelaanbod te beperkt. Dit kan tot verveling leiden. Anderen menen dat het hebben van vrije tijd of het leren vullen van vrije tijd ook deel uitmaakt van de behandeling. Sommige activiteiten zijn populair en hebben zelfs een wachtlijst, zoals psychomotorische therapie. Ook contactpersonen van aanmeldende instanties klagen over te weinig activiteiten. Zij wijzen erop dat verveling kan leiden tot 'vervelend' gedrag en druggebruik.

*Weggestuurd: alles voor niks geweest*

De stok achter de deur van de gevangenisstraf helpt bewoners om het vol te houden. Ze ervaren het als weggegooid tijd als ze hier na maanden weggestuurd zouden worden. Dan is alles voor niks geweest, menen ze. Ze beschouwen uitval als een blamage.

*Geïsoleerde ligging: rust of belemmering?*

De ligging van Groot Batelaar wordt door de bewoners enerzijds als geïsoleerd ervaren. Je moet een kwartier fietsen voor je bij een dorp bent, stellen ze. De winkels sluiten vroeg. Er is weinig te doen. Anderzijds vinden ze het voor de behandeling een perfecte omgeving. De landelijke, geïsoleerde ligging van de kliniek wordt door sommige contactpersonen als een belemmering ervaren. Het is te veel buiten de stad, buiten de wereld waaruit de bewoners afkomstig zijn en straks toch weer moeten leven. Anderen ervaren de ligging juist als een pluspunt. Er is veel lof voor de nieuwe huisvesting.

## **Werkklimaat**

*Fluitend naar het werk*

De medewerkers hebben plezier in hun werk. Ik ga elke dag fluitend naar het werk, aldus een medewerker. Ze zijn echte professionals en betrokken bij hun bewoners.

*Units als eilanden*

De organisatie en het beleid interesseren de medewerkers minder dan hun eigen werkzaamheden, zeker als het niet de eigen unit betreft. De schaalvergroting heeft tot eilanden van units geleid, menen sommigen.

*Klaagcultuur*

Ondanks dat mensen fluitend naar hun werk gaan, wordt er veel geklaagd, stellen de medewerkers zelf. Er wordt gesproken van een klaagcultuur. Echt Batelaar, stelt een medewerker, klagen, maar toch hart voor de zaak hebben. Klagen betekent ook betrokkenheid, menen sommigen. Toch wordt klagen weinig omgezet in constructief gedrag. Er is weinig interesse om zitting te nemen in de ondernemingsraad en ook bij personeelsbijeenkomsten is de opkomst soms klein. Dit hangt samen met de werkdruk en de variabele roostertijden.

*Parallele processen*

Het personeel spiegelt zich aan de bewoners. De directeur behandeling van Groot Batelaar heeft een artikel geschreven over directeuren van forensisch psychiatrische instellingen die zich niet veel anders gedragen dan de bewoners. De medewerkers van Groot Batelaar

constateren gedrag, interacties en spanningen bij henzelf die vergelijkbaar zijn met die van de bewoners. De geringe betrokkenheid van de medewerkers om zich verkiesbaar te stellen voor de ondernemingsraad lijkt een afspiegeling van de geringe interesse onder bewoners voor deelname aan de cliëntenraad. Er functioneert geen klachtencommissie. Er wordt geen kwaliteitssysteem gehanteerd. Net zoals de bewoners soms klagen over alles en iedereen, doen veel medewerkers hetzelfde. Ze kunnen niet met, maar ook niet zonder Groot Batelaar, meent een informant.

#### *Veiligheid in kliniek*

Er wordt gewerkt aan veiligheidsbeleid, maar het management gaat te gemakkelijk om met de bescherming en beveiliging van de medewerkers en de bewoners, menen sommigen. De ondernemingsraad maakt zich hierover zorgen, met name in de avond- en nachturen als er weinig menskracht is. Sommige medewerkers zeggen zich onveilig te voelen, anderen niet. Het zijn geen bange mensen. Met name de sociotherapeuten zijn vaak fysiek sterke mensen. Er hebben zich geen grote incidenten voorgedaan. Er zijn mensen bedreigd en er zijn bedreigende situaties geweest, maar daarop is actie ondernomen door het inschakelen van de politie en het verwijderen van de bewoners. Er zijn goede afspraken met de politie en de brandweer. Toch zijn verschillende medewerkers bang dat zich eerst een ernstig incident moet voordoen, wil er een scherpere controle komen. Anderen vinden de openheid juist positief en deëscalerend werken. Bewoners kunnen naar buiten lopen en afkoelen in het weiland als ze driftig zijn.

#### *Ondercultuur*

De bewoners praten er weinig over, maar er is met name 's nachts sprake van een 'ondercultuur'. De openheid van de kliniek, de relatief grote vrijheid van de bewoners en hun persoonlijkheden leiden soms tot ongewenste situaties. Het middelengebruik is groot en moeilijk beheersbaar, vooral 's nachts. Er zijn verhalen over het handelen in drugs binnen de kliniek. Sommige bewoners terroriseren de boel, stelen van medebewoners, misbruiken andere bewoners of zetten hen onder druk, maar daarover is weinig bekend. Er zijn wel vermoedens en soms komen verhalen over dergelijke praktijken na uitval van de dader naar boven.

#### *Bewoners maken dienst uit*

De ondercultuur regeert soms overdag als erfenis van een 'softe' cultuur, aldus enkele medewerkers. Het lukt de medewerkers dan niet om de bewoners te beheersen. De regie was in 2001 volledig zoek. Diverse bewoners volgden overdag geen behandelprogramma, omdat ze naar de tv-serie 'Goede tijden, slechte tijden' moesten kijken. Medewerkers werden letterlijk buitengesloten. De bewoners maakten de dienst uit, aldus informanten. De

situatie was zo uit de hand gelopen dat het management ‘Actie Nu’ in het leven riep. De groepsleden werden verantwoordelijk gesteld voor elkaar. Als bewoners niet naar de therapie willen, wordt er eerst overlegd, want anders gaat de hele groep niet. Het nadeel hiervan is dat bewoners nu vaker ziekte of zich niet goed voelen als reden voeren om niet mee te hoeven doen aan een activiteit, aldus een paar medewerkers. De situatie is nu beter, maar nog niet optimaal. Het middelengebruik van bewoners blijft een moeilijk beheersbaar probleem.

#### *Oude cultuur versus nieuwe cultuur*

Er is een tegenstelling tussen de oude en nieuwe cultuur, gesymboliseerd in de oudbouw en de nieuwbouw. De gevolgen van de verhuizing, de uitbreiding van het personeels- en bewonersbestand en de reorganisatie laten zich nu gelden. Er is veel nieuw personeel in dienst genomen. Het was moeilijk om alle functies met goed gekwalificeerde mensen op te vullen. Vanuit één gebouw ging men over naar drie gebouwen voor de leefgroepen en een apart gebouw voor de activiteiten. Sommige oudere medewerkers voelen zich minder thuis en denken met nostalgie aan het oude huis. Andere oudere medewerkers en nieuwe personeelsleden hebben zich juist snel aangepast en hebben geen moeite met de nieuwe behuizing.

#### *Nieuwe communicatie*

Er is lang sprake geweest van een top-downcultuur in de kliniek. Het management tracht dit te veranderen, maar de medewerkers zijn er nog niet aan gewend. Men zoekt naar goede communicatievormen en overlegvormen tussen medewerkers en management. De directeur is wegens ziekte langdurig uitgevallen. Dat heeft aanvankelijk veel werkdruk gegeven aan de andere managementleden. De aanstelling van een interimdirecteur wordt door de medewerkers en de contactpersonen toegejuicht.

#### *Meer gedragsmatige aanpak*

Binnen de behandeling is sprake van een overgang naar een meer pragmatische, gedragsmatige aanpak van bewoners. Dit vindt veel bijval onder de meeste medewerkers. Enkelen hebben hiermee meer moeite en dat kan leiden tot stammenstrijd. In het sociaal competentiemodel wordt meer nadruk gelegd op het werk van de sociotherapeuten. Zij krijgen in het nieuwe beleid een prominentere rol. Zij staan het dichtst bij de bewoners en kunnen het best het sociaal-therapeutische model vormgeven. Ook de contactpersonen zijn voorstanders van de nieuwe aanpak.

## **Bezetting**

### *Leegstand*

Zowel medewerkers als contactpersonen merken op dat het moeite kost voor Groot Batelaar om de plaatsen te vullen. De bezettingsgraad van de leefgroepen is laag. Als eventuele oorzaken hiervan worden genoemd: minder aanmeldingen; veel uitvallers; productiegericht werken van de reclassering; meer alternatieve behandelvormen, zoals de ambulante forensische psychiatrie; en meer strafoplegging.

### *Onrust*

Uit de bewonersregistratie blijkt dat de doorstroming snel is door uitvallers en een korte behandelduur. Dit geeft onrust onder het personeel over mogelijke gevolgen voor het personeelsbestand, maar ook over de oplossingen die de kliniek zoekt om de leegstand te verminderen. Er leeft onder medewerkers en contactpersonen het idee dat te zware gevallen, te 'oude' bewoners of te veel bewoners zonder juridisch kader worden opgenomen om plaatsen vol te krijgen. Er is de angst dat bewoners bij incidenten langer worden gehandhaafd. Medewerkers en bewoners verbazen zich over herintakes en heropnames. Contactpersonen zijn bang dat de kliniek minder kieskeurig wordt en meer risico's gaat nemen, onder andere door het toelaten van zwaardere druggebruikers. Sommigen horen verhalen over excessief middelengebruik en wapenbezit.

### *Aantasting van het sociaal-therapeutische model*

Een ander gevolg van leegstand is dat het concept van leefgroepen en het therapeutisch milieu worden aangetast. De bewoners vinden het vervelend dat de groepen zo klein worden. Dit legt meer druk op de interactie en relatie. Verder moeten ze vaker koken en schoonmaken.

## **Uitval**

### *Toename uitval*

Samenhangend met de leegstand is er steeds meer sprake van uitval van bewoners. De medewerkers klagen over de onrust die dit met zich meebrengt in de unit en onder de bewoners en staf, met name als dit gebeurt naar aanleiding van incidenten. De uitval wordt geweten aan de toenemende vrijwillige opnames, meer agressie onder bewoners en een zwaardere, ongeschiktere populatie. Sommigen menen dat de uitval het gevolg is van een minder selectief beleid. Tegelijkertijd spreken anderen juist over een zware intakeprocedure. Een paar informanten wijzen erop dat mensen nu eenmaal agressiever worden, ook binnen de kliniek, en dat de gevoeligheid hiervoor toeneemt.



### *Uitval kan ook prettig zijn*

Het ironische is dat uitval zowel door bewoners als medewerkers als prettig wordt ervaren wanneer het een moeilijke of lastige bewoner betreft. Het is dan beter voor de behandeling van de anderen. De bewoners zijn van mening dat sommigen het ernaar maken dat ze weggestuurd worden. Ze menen vaak al te kunnen zien dat iemand het niet redt. Soms vinden ze een verwijdering overdreven. De bewoners klagen weliswaar over de verkleining van de groepen die uitval met zich meebrengt, maar ze geven aan vanuit hun detentieverleden gewend te zijn aan uitval. De een komt en de ander gaat, net als in de gevangenis. Ze zijn ervan overtuigd dat het met een uitvaller nooit meer goed komt. Daar komt niks van terecht, stellen ze.

### *Te veel verantwoordelijkheid voor bewoners*

Onder diverse contactpersonen leeft het idee dat Groot Batelaar te veel verantwoordelijkheid bij de bewoner zelf legt. De informanten noemen de kliniek te vrijblijvend, te ruimhartig of te 'soft'. Er wordt onvoldoende daadkrachtig opgetreden bij overtredingen van de leefregels. Er wordt te veel getolereerd, te veel door de vingers gezien. De eerste weken ervaart de bewoner de relatieve vrijheid van Groot Batelaar vergeleken met de gevangenis. Als de gewenning of verveling toeslaat of het wordt te moeilijk haakt men af, aldus een informant. Mensen moeten niet denken dat ze hun gevangenisstraf kunnen ruilen voor een vakantie in Groot Batelaar, stelt een verwijzer. Verscheidene informanten pleiten, mede in verband met uitval en incidenten, voor meer differentiatie: een meer gesloten setting met minder verantwoordelijkheid bij de bewoners.

### *Openheid versus geslotenheid*

De uitval zet voor sommige contactpersonen vraagtekens bij de openheid van de kliniek. Past een open setting als er zoveel bewoners zelf opstappen? Past een open setting als er incidenten voorkomen? Ook hier ziet men een dilemma. Een gesloten setting vermindert uitval, maar zal wellicht tot meer incidenten leiden.

## **Koers**

### *Zoekende*

De kliniek is zoekende, menen verschillende informanten. Zoekende naar een nieuw evenwicht, een nieuwe koers, nieuwe doelgroepen. De nieuwbouw en reorganisatie lijken na een paar jaar voor een terugslag te zorgen. Men heeft al veel zien veranderen in de kliniek en er is onrust over wat komen gaat. Onderwerpen die regelmatig terugkeren op de beleidsagenda zijn de leegstand, de relatie tot het Leger des Heils, wel of geen intensievere

samenwerking met de FPA van de Gelderse Roos. Het management zoekt de oplossing voor de leegstand vooralsnog in marktverkenning en uitbreiding van de doelgroepen.

#### *Nieuwe doelgroepen*

De kliniek denkt erover om de doelgroep te verbreden met vrouwen. Dit leidt tot heftige reacties bij een aantal medewerkers. Men is verdeeld. Sommigen menen dat het een verrijking zal zijn en een afspiegeling is van de maatschappij. Anderen zijn bang voor de gevolgen. Het kan tot onrust onder de bewoners leiden. Vrouwen zijn manipulatief, menen sommigen. Ze zullen mannelijke medewerkers bespelen. Anderen zien het scenario voor zich van het ontstaan van relaties tussen bewoners en vervolgens het mislukken daarvan met alle gevolgen van dien. Weer anderen menen dat de komst van vrouwen juist positief zal werken voor mannen. Komen de vrouwen verspreid over de leefgroepen of apart? Een paar medewerkers vragen zich af of er is onderzocht hoe groot de markt van vrouwen is. Men vraagt zich af of er wel voldoende aanbod aan vrouwen is. Als er dan ook nog uitval is, heb je misschien niet meer dan een handjevol vrouwen per jaar, aldus een medewerker. Het idee om jongeren op te nemen in de kliniek zorgt voor nog heftigere reacties onder de medewerkers. Daarvoor is een geheel andere benadering en expertise nodig, meent men.

#### *Dilemma: nog meer uitval?*

Diverse informanten schetsen het dilemma van Groot Batelaar. Er is leegstand en uitval. Men moet dus naar nieuwe bronnen zoeken of andere methodieken vinden om uitval tegen te gaan. Tegelijkertijd kun je minder selectief zijn als je meer mensen binnen wil krijgen, maar dat kan tot nog meer uitval leiden.

#### *Kortere behandelduur*

Een andere oplossing om uitval te verminderen, wordt door sommige contactpersonen en medewerkers gezocht in een verkorting van de behandelduur of een gedifferentieerd aanbod. Waarom alleen behandelingen van 14 tot 16 maanden? Slechts een klein aantal mensen haalt de voorgeschreven termijn. Als de behandeling korter is, vallen er misschien minder mensen uit. Een kortere behandelduur kan ook leiden tot een lichtere doelgroep.

#### *Geleidelijkere overgang*

Sommige medewerkers pleiten voor een nog geleidelijker overgang van de opnameafdeling naar de unit om uitval te voorkomen. De vrijheid moet stapsgewijs worden aangeboden. Telkens als blijkt dat een bewoner meer ruimte krijgt dan hij aankan, moet de bewoner worden ingeperkt.

### 5.3 Realisatie van de doelstelling

Groot Batelaar heeft als doelstelling: “het voorkomen van recidive van strafbaar gedrag van de bewoners”. Dit tracht men te bewerkstelligen door een sociaal-therapeutische behandeling te bieden van veertien tot zestien maanden waarin de bewoner wordt begeleid naar een zelfstandige leefsituatie in de maatschappij. De behandeling wordt omschreven als “een proces waarin de bewoner op gepaste wijze met anderen leert omgaan”. Hierbij wordt uitgegaan van de gedachte dat het delictgedrag voor een groot deel is terug te voeren op inadequate sociale omgangsvormen. Er zijn diverse instrumenten beschikbaar om gedrag en verandering in gedrag te meten. In Groot Batelaar wordt in de behandelcyclus veel geëvalueerd. Met name het sociaal-therapeutische milieu is een constante situatie van interactie, feedback en evaluatie. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de bewoners en medewerkers zeggen te kunnen inschatten wie uit gaat vallen. De kliniek wordt door diverse informanten beschouwd als een minimaatschappij, een school voor de gewone maatschappij. Als een bewoner hiervoor slaagt, moet hij het in de echte maatschappij kunnen redden met de juiste begeleiding en met behulp van de familie en de omgeving. De resultaten van een school laten zich onder andere meten aan het aantal leerlingen dat slaagt voor het examen. Hoeveel bewoners slagen voor Groot Batelaar? Slechts een klein aantal bewoners haalt de eindstreep. De uitval is hoog, de gemiddelde behandelduur is relatief laag. Het aantal incidenten is relatief hoog. Een informant meent dat sommige bewoners met vallen en opstaan tot inzicht komen. Uitval kan dan tijdelijke uitval betekenen. Het is echter niet bekend hoeveel tijdelijke uitvallers terugkeren in behandeling in Groot Batelaar of elders. Evenmin is bekend of bewoners na een heropname niet meer uitvallen. Het is ook de vraag of deze opvatting te rijmen is met de functie van Groot Batelaar als behandelinstelling voor mensen met een juridische titel. De rechter zal bij bepaling van de juridische maatregel er niet vanuit gaan dat de betreffende persoon af en toe uitvalt.

Ook al slaagt men voor Groot Batelaar, dan is het nog de vraag of de doelstelling (het voorkomen van recidive van strafbaar gedrag van de bewoners) is gerealiseerd. Wat is de invloed van de behandeling op het gedrag en handelen van de cliënt in de echte maatschappij nu en in de toekomst? De effecten van een behandeling in de forensische psychiatrie laten zich moeilijk meten. “Pas als het mis gaat, weten we het”, verzuchtte een informant. “Of je moet net een ex-bewoner tegenkomen waar het goed meegaat. Dan is het een verrassing als juist die bewoner waaraan iedereen destijds twijfelde, tegenwoordig een volledig geslaagd leven leidt. Daarvoor doe je het.” Een contactpersoon pleit voor een follow-upstudie waarbij de kliniek de ex-bewoners enige tijd volgt. Ook in het onderzoek naar de ambulante forensische psychiatrie (Plempers, 2001) werd hiervoor gepleit. Tot nu

toe vindt er weinig onderzoek plaats naar de effecten van behandeling op het voorkomen van recidive. Het is moeilijk om ex-bewoners te verplichten zich te melden. Er zijn problemen met registratie en het raadplegen van bestanden.

Gezien de relatief grote uitval, het relatief grote aantal bewoners dat de behandeltermijn niet voltooit en de onbekendheid van de effectiviteit van de behandeling op langere termijn doet zich de vraag voor hoe de doelstelling van de kliniek zich verhoudt tot de wijze waarop men de doelstelling tracht te realiseren. De behandelduur en de behandelinhoud lijken nu relatief losse elementen te zijn. Ze zijn meer gebaseerd op behandelideologie en –visie dan op de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep. Enkele contactpersonen hebben het idee dat de kliniek zich niets aantrekt van de uitval of de kritiek op het middelengebruik en maar gewoon doorgaat met de eigen behandelvisie. Sommigen maken zich zorgen over de cultuur binnen de kliniek waarin de bewoners te veel kunnen persisteren in hun ‘verkeerde’ gedrag, zoals middelengebruik. Verschillende informanten pleiten voor een gedifferentieerd aanbod, voor de mogelijkheid van een kortere behandelduur of een gesloten setting. Nu is het zo dat de meerderheid de behandeltermijn niet volmaakt. Deze lijkt dus niet aan te sluiten bij de doelgroep. Tegelijkertijd zijn veel aanmeldende instanties gecharmeerd van de kliniek en van de mogelijkheid van behandeling. Het is echter de vraag of de kliniek de juiste doelgroep bereikt.

Net zo goed als de behandelduur en –inhoud relatief los lijken te staan, lijkt de uitval ook wel een op zichzelf staand verschijnsel. Uitval kan worden beschouwd als het mislukken van de behandeling of als het falen van de selectiemethode, maar er kunnen ook andere factoren van invloed zijn. Er kunnen zich omstandigheden voordoen binnen de kliniek of in het leven van de bewoner die men vooraf niet kan voorspellen. Enkele informanten menen dat soms tegen beter weten in aan een behandeling wordt begonnen. Opvattingen als “dat mensen een kans moeten krijgen” en “dat de gevangenis mensen niets kan bieden” spelen hierbij een rol.

De uitval lijkt eveneens los te staan van de selectiemethode of in ieder geval lijkt de zware intakeprocedure niet van invloed te zijn op de uitval. Er zijn dus andere mechanismen die voor de uitval zorgen. De informanten zien de oorzaken in de vrijheid, de openheid van de kliniek, de zware druk van het leven in een groep, de verveling, de gewenning, het niet volhouden van aangepast gedrag, te veel verantwoordelijkheid en te weinig structuur. Er zijn volgens de informanten risicomomenten aan te wijzen, zoals de overgang van de opname-afdeling naar de behandelunit en het wegvallen van de juridische maatregel. Het creëren van een opname-afdeling heeft ertoe geleid dat men volgens de kliniek bewoners aanneemt waarover men vroeger getwijfeld zou hebben. De periode op de opname-afdeling

wordt dan benut voor nader onderzoek. Na afloop van deze fase kan het zijn dat de kliniek tot het advies komt dat een bewoner beter niet een behandeling in een unit van Groot Batelaar kan volgen.

Een aanwijzing voor realisatie van de doelstelling zou de vervolgvoorziening van de bewoners kunnen zijn. Om na te gaan waar bewoners terecht komen, nadat ze zijn vertrokken uit de kliniek hebben we aan Groot Batelaar cijfers gevraagd over hun vervolgvoorziening of andere opvang na het ontslag vanaf 1995. Het blijkt dat deze gegevens niet worden geregistreerd. Via screening van dossiers is Groot Batelaar vanaf 1997 nagegaan naar welke voorziening of verblijfplaats de bewoner na ontslag of uitval vertrokken is. Hieruit blijkt dat in 2000 en 2001 meer dan de helft terugging naar de eigen woning, gezin of familie. Door de jaren heen gaat een vijfde alsnog of weer in detentie. Van een relatief groot aantal bewoners is echter onbekend waar men heen gaat.

Tabel 5.3.1

Vervolgverblijf ontslagen bewoners uit de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages

Vervolgverblijf	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Eigen woning/gezin/familie</i>	17	(63)	18	(43)	21	(78)	31	(53)	32	(53)
<i>Penitentiaire inrichting/Huis van Bewaring</i>	5	(19)	9	(21)	5	(19)	12	(20)	10	(17)
<i>Sociowoning</i>	4	(15)	1	(2)			3	(5)	1	(2)
<i>Speciale woonvorm</i>	1	(4)					1	(2)	2	(3)
<i>Forensisch psychiatrische voorziening</i>							1	(2)		
<i>Voorziening Leger des Heils</i>					1	(4)	3	(5)	1	(2)
<i>Onbekend</i>			14	(33)			8	(14)	14	(23)
<i>N =</i>	27		42		27		59		60	

We hebben geconstateerd dat de meeste bewoners met een juridische maatregel zijn opgenomen. Ook hebben we vastgesteld dat veel bewoners voortijdig uitvallen en niet de behandeling volgens de gestelde termijn voltooien. Het komt voor dat de juridische titel tijdens het verblijf wordt opgeheven waardoor de bewoner vrij is om te gaan. Het was voor

de kliniek niet mogelijk om de gegevens over het vervolgverblijf te vergelijken met de juridische titels en de reden van uitval. De informatie over het vervolgverblijf van de bewoners brengt ons niet verder bij de vraag naar de realisatie van de doelstelling van Groot Batelaar. Het ontbreken van de mogelijkheid van het combineren van gegevens bemoeilijkt het proces van analyseren en zoeken naar mogelijke verklaringen voor bijvoorbeeld uitval. Mede daardoor lijken de diverse elementen los te staan van elkaar.

#### **5.4 Resultaten van de behandeling volgens de indicatoren**

Om toetsbare uitspraken te doen over de werkzaamheid van Groot Batelaar hebben we een lijst van indicatoren opgesteld. Deze lijst is gebaseerd op de indicatoren die zijn toegepast in het onderzoek naar ambulante forensische psychiatrie (Plemper, 2001). Verder zijn erin opgenomen relevante prestatie-indicatoren van de forensisch psychiatrische instituten, een aantal relevante items uit de vragenlijst naar kwaliteitssystemen in zorginstellingen van het NIVEL (Sluis & Wagner, 2000) en een aantal doelstellingen van behandeling die Groot Batelaar gebruikt. De indicatoren zijn uiteindelijk in overleg met de begeleidingscommissie vastgesteld.

De indicatoren zijn geen vooraf gestelde voorwaarden waaraan de kliniek moest voldoen. De scoring op de indicatoren is in de eerste plaats een middel om te meten hoe de kliniek ervoor staat. Aangezien het onderzoek te beschouwen is als een nulmeting kan Groot Batelaar aan de hand van de scoring zien welke indicatoren aandacht behoeven. Na verloop van tijd kan opnieuw via de indicatoren worden gemeten hoe de stand van zaken is.

De indicatoren zijn gescoord aan de hand van gegevens afkomstig uit het dossieronderzoek, het documentenonderzoek, de interviews en de vragenlijst (op basis van de registratiegegevens). De indicatoren zijn gescoord op een vijfpuntsschaal, lopend van 1 (helemaal waar) tot 5 (helemaal niet waar). Als er een 3 staat, zijn de uitslagen of meningen verdeeld. Indicatoren waarover onvoldoende informatie beschikbaar was, kregen een 0. Bij elke indicator is aangegeven welke onderzoeksmethoden we gebruikt hebben om de score te bepalen: B (bewonersdossiers), D (documentenonderzoek), I (interviews) en V (vragenlijst op basis van de registratiegegevens). De specifiek cliëntgebonden indicatoren zijn gescoord op basis van veertig geanonimiseerde dossiers over de afgelopen jaren. De dossiers zijn door ons gerandomiseerd, dat wil zeggen dat we ze willekeurig hebben geselecteerd. Het voordeel van randomisatie is dat de verschillen tussen de geselecteerde dossiers en de niet-geselecteerde dossiers niet groter zijn dan bij toeval verwacht kan worden. Als een

indicator waar was voor alle dossiers werd 1 gescoord en als de meeste dossiers voldeden aan een indicator werd 2 gescoord. Als in geen van de dossiers een indicator waar was, werd 5 gescoord en als de meeste dossiers niet voldeden aan een indicator werd een 4 genoteerd. Indicatoren waaraan de dossiers in een aantal gevallen voldeden en in een aantal gevallen niet kregen een 3. Als de dossiers onvoldoende informatie gaven over de indicator werd een nul gescoord.

**1. Persoonlijke ontwikkeling: verbetering van functioneren van de cliënt tijdens en na de behandeling in relatie tot zijn functioneren vóór de behandeling**

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
1.1	B	Cliënt beschikt over meer gedragalternatieven.	2	Hiervan is sprake in een meerderheid van de dossiers.
1.2	B	Cliënt kan beter met zijn beperkingen omgaan.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
1.3	B	De motivatie van cliënt voor behandeling is gegroeid.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
1.4	V	Cliënt heeft de behandeling volgens vastgestelde termijn volbracht.	4	Dit geldt voor de meeste bewoners niet.
1.5	BDI	Cliënt heeft zich gehouden aan de huisregels en het behandelcontract.	4	De meeste bewoners houden zich niet altijd aan de huisregels en het behandelcontract. Met name de regels op middelengebruik worden overtreden.
1.6	B	Cliënt slaagt erin meer structuur in zijn leven aan te brengen.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
1.7	B	Cliënt houdt zich aan zijn plannen.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
1.8	B	Cliënt is in staat voornemens te maken.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
1.9	B	Cliënt is meer in staat om wederkerige relaties aan te gaan.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
1.10	B	Cliënt heeft een maatschappelijke inbedding wat betreft werk of opleiding.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
1.11	B	Cliënt heeft hoop op een zinvoller leven.	0	Hierover is onvoldoende informatie te vinden in de dossiers.

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
1.12	B	Cliënt is tevreden over de behandeling.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
1.13	BIV	De behandeldoelen van cliënt zijn bereikt.	0	Hierover is onvoldoende informatie.

## 2. Verkleinen recidivekans

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
2.1	BI	De kans op recidive van cliënt is verminderd.	0	Hierover is onvoldoende informatie.
2.2	V	Verdere klinische behandeling van cliënt wordt voorkomen.	2	De meeste bewoners stromen niet uit naar klinische voorzieningen. Over de langere termijn zijn geen gegevens bekend.
2.3	BI	Cliënt recidiveert niet of minder voor hetzelfde of een soortgelijk delict.	0	Hierover is onvoldoende informatie.
2.4	B	Cliënt heeft goede resultaten t.a.v. risk assessment.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
2.5	BV	Er is geen sprake van: delictpleging tijdens verlof, ongeoorloofde afwezigheid of desertie tijdens verlof.	0	Hierover is onvoldoende informatie.
2.6	B	Cliënt is zich meer bewust van de risicofactoren die tot delicten kunnen leiden.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
2.7	B	Cliënt weet aan te geven wanneer hij hulp nodig heeft.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
2.8	B	Cliënt heeft meer controle over zijn eigen impulsen.	4	Hiervan is sprake in een minderheid van de dossiers.
2.9	B	Cliënt heeft meer vertrouwen in zichzelf en anderen.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.
2.10	B	Cliënt heeft meer begrip of empathie voor de slachtoffers van zijn delict.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet.



### 3. Veiligheid binnen en buiten kliniek

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
3.1	BIV	Cliënt brengt mensen binnen de kliniek (personeel en medecliënten) niet in gevaarlijke situaties.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet. Er doen zich incidenten voor volgens de registratiegegevens en de informanten.
3.2	B	Cliënt brengt mensen buiten de kliniek niet in gevaarlijke situaties.	0	Hierover is onvoldoende informatie.
3.3	BDIV	Cliënt gebruikt geen alcohol of drugs.	4	De meeste bewoners gebruiken middelen.
3.4	BDI	Cliënt wordt gecontroleerd op alcohol- en druggebruik, bezit van wapens, etc.	2	De meeste bewoners worden gecontroleerd.
3.5	I	Cliënt voelt zich veilig binnen de kliniek en in aanwezigheid van medecliënten.	2	De meeste bewoners zeggen zich veilig te noemen.
3.6	I	Personeel voelt zich veilig binnen de kliniek.	3	Sommige medewerkers voelen zich veilig, anderen niet of minder.

### 4. Afwezigheid van praktische belemmeringen

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
4.1	I	De naam van de kliniek werkt niet stigmatiserend voor cliënten.	2	Volgens de meeste informanten is de naam van de kliniek niet stigmatiserend.
4.2	V	Cliënt hoeft niet lang op een wachtlijst te staan.	2	Het aantal wachtenden is in de afgelopen jaren gegroeid, maar de wachttijd is korter geworden.
4.3	I	De kliniek heeft een gunstige geografische ligging.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. Sommige informanten vinden de relatief geïsoleerde ligging van de kliniek gunstig, anderen minder.

## 5. Behandelprogramma's

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
5.1	BDI	Cliënt krijgt een concreet individueel behandel- of dagprogramma aangeboden.	1	Alle bewoners hebben een concreet individueel behandelprogramma.
5.2	BDI	Het milieu van cliënt wordt bij de behandeling betrokken.	1	Bij alle bewoners wordt het milieu bij de behandeling betrokken.
5.3	BDI	Het behandelprogramma biedt cliënt voldoende structuur.	3	Hiervan is sprake in een aantal dossiers, maar in een aantal dossiers niet. Sommige informanten, met name aanmeldende instanties, vinden dat het programma te weinig structuur biedt.
5.4	BDI	Het behandelprogramma is voldoende flexibel om te worden toegesneden op het individuele probleem- en delictgedrag van cliënt.	2	Hiervan is sprake in de meerderheid van de dossiers.
5.5	BDIV	De behandeling is toegankelijk voor vrouwen, jongeren, allochtonen, werkenden.	5	De kliniek is niet toegankelijk voor vrouwen, jongeren en werkenden, wel de polikliniek. Over de aanwezigheid van allochtonen is onvoldoende informatie in de registratie. Er zijn allochtone bewoners, zo blijkt uit de interviews en de dossiers. De informanten melden dat er meer aandacht zou moeten zijn voor andere culturen en identiteiten dan de christelijke. Over de mogelijke behandeling van vrouwen in de kliniek zijn de meningen van de informanten verdeeld.
5.6	BDI	Er is goede nazorg.	2	Voor de meeste bewoners is nazorg beschikbaar, via de polikliniek of via andere instanties.
5.7	BDI	Er vindt effectmeting plaats van de behandelmethoden.	4	Dit gebeurt niet systematisch.

## 6. Intake en indicatiestelling

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
6.1	DI	Er zijn objectief formuleerbare criteria van inclusie en exclusie aangegeven.	2	De criteria van inclusie en exclusie zijn schriftelijk vastgelegd en worden in de meeste gevallen nageleefd.
6.2	BDI	Er kan een snelle intake worden gerealiseerd.	2	Hiervan is in de meeste gevallen sprake.
6.3	BDIV	Er worden niet te zware eisen gesteld aan de motivatie van cliënt voor behandeling.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. De intakeprocedure wordt als zwaar bestempeld. De kliniek probeert tijdens de intake de motivatie van de kandidaat-bewoner te peilen. Een gebrek aan motivatie kan een reden zijn om een kandidaat-bewoner af te wijzen.

## 7. Bezetting

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
7.1	IV	Er zijn voldoende cliënten. De plaatsen zijn voortdurend bezet.	5	Uit de registratiegegevens en de interviews blijkt dat de kliniek niet volledig bezet is.
7.2	BV	De wachtlijst voor de kliniek is niet te lang.	2	Het aantal wachtenden is de afgelopen jaren gegroeid, maar de wachttijd is korter geworden.

## 8. Bekendheid

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
8.1	I	De kliniek biedt iets nieuws waar behoefte aan is.	1	De kliniek is uniek op diverse punten. Er is onder de aanmeldende instanties veel behoefte aan een behandeling zoals die wordt geboden door de kliniek.
8.2	I	De kliniek staat goed bekend.	2	Volgens de meeste informanten staat de kliniek goed bekend. Toename van incidenten, uitval, middelengebruik kunnen de naam van de kliniek echter aantasten.

## 9. Afstemming met andere voorzieningen

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
9.1	DIV	De kliniek heeft een goede aansluiting bij het veld van de geestelijke gezondheidszorg.	4	De samenwerking is nog in ontwikkeling. Uit de registratiegegevens over de voorziening van herkomst en het vervolgverblijf blijkt niet dat de ggz een schakel vervult in het hulpverleningstraject aan de bewoner.
9.2	DIV	De kliniek heeft een goede aansluiting bij het veld van justitie.	2	De samenwerking met justitiële instanties is hecht. Uit de registratiegegevens blijkt dat de meeste bewoners afkomstig zijn uit een justitiële instelling of worden gemeld door een justitiële instantie.
9.3	DIV	Alle regionale instellingen overleggen regelmatig met elkaar.	4	Het overleg is in ontwikkeling.
9.4	DIV	Er is sprake van regionale circuitvorming.	4	De regionale circuitvorming is in ontwikkeling.
9.5	DIV	Er is sprake van landelijke samenwerking.	2	De kliniek heeft een landelijke functie en met diverse organisaties een samenwerkingsrelatie. Er zijn echter regio's waarmee weinig contacten zijn en van waaruit weinig bewoners worden aangemeld.
9.6	DI	Er is geen overlap met het aanbod van andere instellingen.	2	Het aanbod van de kliniek wordt als tamelijk uniek gezien.
9.7	DIV	De kliniek verwijst naar reguliere zorg.	2	De kliniek verwijst waar nodig naar reguliere zorg.

## 10. Tevredenheid van de verwijzers

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
10.1	I	De verwijzers zijn gemotiveerd om te verwijzen.	2	De aanmeldende instanties tonen zich in het algemeen gemotiveerd om te verwijzen, alhoewel er bij enkelen twijfel is ontstaan vanwege incidenten en het middelengebruik.
10.2	I	Het behandelaanbod en de resultaten van behandeling van de kliniek voldoen aan de verwachtingen van de verwijzers.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. Veel aanmeldende instanties hebben niet de verwachting dat de cliënt zal uitvallen of geconfronteerd wordt met middelengebruik. Sommigen hebben twijfels over de hoeveelheid van programma-activiteiten. Dit zou onvoldoende zijn en tot verveling leiden.
10.3	I	De verwijzers zijn tevreden.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. Veel aanmeldende instanties zijn tevreden over de mogelijkheid van behandeling, maar teleurgesteld door uitval, incidenten en middelengebruik. Sommigen hebben twijfels over de hoeveelheid van programma-activiteiten. Dit zou onvoldoende zijn en tot verveling leiden. Sommigen pleiten voor meer structuur en meer differentiatie in behandelduur en behandel mogelijkheden, bijvoorbeeld minder open.
10.4	I	De verwijzers worden goed geïnformeerd over de behandeling en de resultaten van de behandeling.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. De meesten melden goed op de hoogte te worden gehouden, maar niet iedereen is tevreden over de mate waarin men inbreng kan hebben. Ook is niet iedereen tevreden over de schriftelijke communicatie.
10.5	I	De verwijzers worden ingelicht bij uitval of vroegtijdige beëindiging van de behandeling.	2	Incidenten worden niet altijd bij aanmeldende instanties gemeld, maar in het algemeen wordt men ingelicht over uitval.
10.6	I	Bij afwijzing van cliënten worden de verwijzers geïnformeerd over alternatieven.	2	In het algemeen worden de aanmeldende instanties bij afwijzing geïnformeerd over alternatieven.

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
10.7	IV	Er is (crisis)opvang mogelijk door verwijzers.	4	In een aantal gevallen is dit mogelijk, in een aantal gevallen is dit niet mogelijk. Dat is afhankelijk van de aanmeldende instantie.

## 11. Personele tevredenheid

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
11.1	I	Het personeel is tevreden over de arbeidsomstandigheden.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. Veel medewerkers gaan met plezier naar hun werk. Sommigen hebben twijfels over de veiligheid. Over de nieuwbouw zijn de medewerkers enthousiast. Tegelijkertijd heeft de nieuwbouw voor meer gescheiden werelden gezorgd.
11.2	I	Het personeel is tevreden over het beleid van de kliniek.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. Er is veel veranderd in de afgelopen jaren en daardoor is de koers niet helder. Dit brengt onrust onder het personeel.
11.3	DI	Het personeel heeft voldoende mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering en interne scholing.	2	De meeste medewerkers melden dat de kliniek ruime mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering biedt.
11.4	I	Het personeel voelt zich niet onveilig en onbeschermd.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. Sommigen voelen zich veilig, anderen hebben twijfels over de veiligheid.
11.5	DI	Het verzuimpercentage is niet hoger dan in vergelijkbare settings.	2	Het ziekteverzuim is niet hoger dan in vergelijkbare settings.

## 12. Tevredenheid cliënten

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
12.1	I	De cliënten zijn tevreden over de leefomstandigheden in de kliniek.	2	De bewoners hebben kritiek, maar zijn in het algemeen niet ontevreden. Ze vergelijken hun vrije leefomgeving met de situatie in detentie.
12.2	I	De cliënten zijn tevreden over de wijze van informatievoorziening in de kliniek.	2	De bewoners worden geïnformeerd door de staf in het UBSO (unit bewoners staf overleg).
12.3	I	De cliënten zijn tevreden over de wijze van bejegening van de behandelaars.	2	De bewoners zijn tevreden over de wijze van bejegening. Soms vinden ze behandelaars streng of wordt er met ongelijke maat gemeten, maar vergeleken met de situatie in detentie is de wijze van bejegening meer op voet van gelijkwaardigheid.
12.4	I	De cliënten zijn tevreden over het beleid van de kliniek.	3	Hierover zijn de meningen verdeeld. Men voelt zich niet altijd serieus genomen. Er is verschil tussen de units. Er zijn wachtlijsten voor sommige behandelonderdelen. Er treedt verveling op. Ook is er kritiek op de lage bezetting van de leefgroepen.
12.5	DI	De cliënten hebben voldoende medezeggenschap en inspraak via de cliëntenraad.	5	Er is volgens de kliniek een cliëntenraad, maar deze is niet operationeel. Hij heeft een korte periode gefunctioneerd, maar was afhankelijk van het lidmaatschap van een actieve bewoner. De bewoners hebben ondanks hun kritiek weinig interesse voor een cliëntenraad, maar dit wordt ook niet gestimuleerd vanuit de kliniek. Het UBSO vervult de rol van spreekbuis voor de bewoners en klankbord van het management. Hier worden praktische zaken besproken die voor de bewoners belangrijk zijn.
12.6	I	De cliënten voelen zich niet onveilig in de nabijheid van medecliënten.	2	De meeste bewoners voelen zich veilig.

<i>Nr.</i>	<i>Methode</i>	<i>Indicator</i>	<i>Score</i>	<i>Toelichting</i>
12.7	BI	Er worden exitinterviews gehouden.	4	Dit gebeurt niet systematisch.
12.8	DI	Er is een klachtencommissie.	5	Er is geen klachtencommissie.
12.9	DI	Er is een patiëntenvertrouwenspersoon.	1	Er is een patiëntenvertrouwenspersoon.



# 6

## Slotbeschouwingen en een blik op de toekomst

### 6.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk wordt de probleemstelling beantwoord en worden aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd. Aan de hand van een samenvatting van de voorgaande hoofdstukken worden in paragraaf 6.2 de onderzoeksresultaten per thema van de probleemstelling weergegeven. In de slotparagraaf (6.3) worden op basis van de onderzoeksresultaten aanbevelingen voor de toekomst opgesteld.

### 6.2 Beantwoording van de probleemstelling

De vraagstellingen zijn onder te brengen in drie thema's:

1. *De organisatie en behandeling*

Op welke wijze geeft Groot Batelaar vorm aan de behandeling wat betreft inhoud en organisatie? Met andere woorden: wat doet Groot Batelaar, hoe doet ze dat en waarom doet ze dat? Hoe luiden de missie en doelstelling? Hoe ziet de personele samenstelling eruit? Welke deskundigheden zijn vertegenwoordigd? Hoe ziet de doelgroep eruit wat

betreft juridische titels, delicten en psychiatrische achtergronden? Hoe verlopen de aanmeldings- en intakeprocedures? Wat is de doelstelling en de inhoud van de behandeling? Wat is de behandelduur? Zijn er verschuivingen in aanbod, populatie en beleid te signaleren?

2. *De positie in het forensisch psychiatrische veld*

Op welke wijze wordt door Groot Batelaar geparticipeerd in het (regionale) forensisch psychiatrische circuit? Wie zijn de verwijzers en de samenwerkingspartners, zowel regionaal als landelijk? Bestaan er afspraken over indicatie, opname en verwijzing met andere instellingen die werkzaam zijn op het terrein van de forensische psychiatrie, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, justitie, reclassering? Wordt het aanbod van hulp- en dienstverlening op elkaar afgestemd? Hoe is Groot Batelaar te positioneren binnen het forensisch psychiatrische aanbod? Waarin onderscheidt Groot Batelaar zich van andere voorzieningen?

3. *De werkzaamheid*

Hoe effectief is de behandeling van Groot Batelaar, uitgaande van de scores op een aantal organisatorische en inhoudelijke indicatoren, zoals persoonlijke ontwikkeling, verkleinen recidivekans, veiligheid, afwezigheid praktische belemmeringen, behandelprogramma's, intake en indicatiestelling, bezetting, bekendheid van Groot Batelaar, afstemming met andere voorzieningen, tevredenheid verwijzers? Hoe zien de uitstroomgegevens van Groot Batelaar eruit? Voor wie en wanneer is behandeling in Groot Batelaar of een forensisch psychotherapeutische kliniek perspectiefvol?

Het onderzoek was explorerend van aard met één onderzoekseenheid: de kliniek van Groot Batelaar. Om de probleemstelling te beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van datatriangulatie, dat wil zeggen dat we meerdere typen van databronnen hebben geraadpleegd, zoals documenten, registratiegegevens, dossiers en informanten. Daarnaast is methodologische triangulatie toegepast. Dit betekent dat we meerdere kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden hebben gehanteerd, zoals literatuurstudie, vragenlijst, interviews en scoring van indicatoren. Als analysemethode voor de interviews is gekozen voor de 'grounded theory'-benadering. Hiermee is de kliniek bestudeerd vanuit de perspectieven van meerdere actoren: het management, de medewerkers, de bewoners en de aanmeldende instanties en contactpersonen. Om uitspraken te doen over de werkzaamheid van Groot Batelaar hebben we een lijst van indicatoren opgesteld en de kliniek hierop 'gescoord'. De indicatoren zijn geen vooraf gestelde voorwaarden waaraan de kliniek moest voldoen. De scoring op de indicatoren is in de eerste plaats een middel om te meten hoe de kliniek ervoor staat.

We kunnen op basis van onderzoeksresultaten de vraagstellingen als volgt beantwoorden:

1. *De organisatie en behandeling*

Groot Batelaar is in meerdere opzichten een unieke kliniek. Het is de enige forensische kliniek in Nederland die open is. Er zijn geen materiële beveiligingsvoorzieningen, zoals bij de tbs-klinieken en de forensisch psychiatrische klinieken. Een ander aspect dat de kliniek bijzonder maakt, is de vormgeving van de behandeling. Deze vindt plaats volgens het sociaal-therapeutische model. Hierbij ligt het accent op de sociale omgang met de medegroepsleden. Door analyse van en reflectie op dit gedrag en het oefenen met nieuw rolgedrag probeert men te bewerkstelligen dat de cliënt zich een passend sociaal gedrag eigen maakt, zodat herintegratie in de samenleving mogelijk wordt. Ten slotte onderscheidt Groot Batelaar zich van andere klinieken doordat het een werkeenheid is van de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg. In 1999 kreeg Groot Batelaar een nieuwe huisvesting. De capaciteit werd uitgebreid. Er kwam een polikliniek en de benaming 'kliniek' werd verruild voor 'circuit'.

Anno 2002 heeft de kliniek 54 plaatsen, waarvan 51 erkende plaatsen. De doelgroep wordt gevormd door mannen tussen de 18 en 40 jaar die een delict of meerdere delicten hebben gepleegd en die willen voorkomen dat het nogmaals gebeurt. Om tot de doelgroep te behoren, dient er een relatie te zijn tussen het criminele gedrag en persoonlijke problemen. Groot Batelaar is een open kliniek. Dat impliceert dat de kliniek niet geschikt is voor bewoners die een zodanige problematiek hebben dat ze de veiligheid van zichzelf, anderen of de samenleving in gevaar brengen.

In 2001 was tweederde van de bewoners jonger dan 24 jaar. De gemiddelde leeftijd was 23,6 jaar. Het dossieronderzoek toont de aanwezigheid van bewoners van allochtone herkomst en buitenlandse adoptiekinderen, maar in de registratie wordt dit niet bijgehouden. De bewoners hebben bij opname meestal een juridische titel. In 2000 gold dit voor 95 procent van de bewoners, in 2001 voor 86 procent. De overige bewoners waren vrijwillig opgenomen. De meeste bewoners zijn veroordeeld voor geweldsdelicten en vermogensdelicten. Er is relatief weinig sprake van seksuele geweldsdelicten. Bij de meeste bewoners is een milde persoonlijkheidsstoornis, met name cluster B, gediagnosticeerd. In 2001 was bij tweederde van de bewoners sprake van een aan een middel gebonden stoornis, zoals afhankelijkheid van alcohol, drugs of andere stoffen.

Groot Batelaar heeft als doelstelling: "het voorkomen van recidive van strafbaar gedrag van de bewoners". Dit tracht men te bewerkstelligen door een sociaal-therapeutische behandeling te bieden van veertien tot zestien maanden waarin de bewoner wordt begeleid naar een

zelfstandige leefsituatie in de maatschappij. De behandeling wordt omschreven als “een proces waarin de bewoner op gepaste wijze met anderen leert omgaan”. Hierbij wordt uitgegaan van de gedachte dat het delictgedrag voor een groot deel is terug te voeren op inadequaat sociale omgangsvormen.

De kliniek werkt volgens een sociaal-therapeutische model dat de volgende kenmerken heeft: het is gericht op de sociale, verbale en non-verbale omgang met medebewoners in de leefgroep; er worden sociale analyses gemaakt van deze omgang om het gedrag te leren begrijpen; er wordt geoefend met nieuw rolgedrag; er wordt geleerd vanuit confrontaties met de realiteit; en het model is gericht op reïntegratie van de bewoner binnen de samenleving. In eerste instantie leren de bewoners met elkaar en met de medewerkers van de kliniek om te gaan. Ze kunnen als het ware experimenteren met hun nieuwe gedrag. Er is sprake van een continue interactie in de groep om de gedragspatronen te analyseren en adequaat gedrag te trainen.

De behandeling bestaat uit vijf fasen: de opnameperiode, het lid worden van de leefgroep, veranderen van gedrag, integratie van gedrag en resocialisatie. De eerste fase duurt twee maanden. In deze periode leert de cliënt te participeren in een opnamegroep. Er is vooral sprake van gewenning, ondersteuning en onderzoek. Er wordt samen met de bewoner een delictanalyse gemaakt. Ook wordt een begin gemaakt met het terugvalpreventie-plan. Er is veel controle op middelengebruik. De cliënt mag niet zonder begeleiding van het terrein af. In de volgende fase die vier maanden duurt, wordt de bewoner lid van een leefgroep. Hij krijgt taken binnen de groep, geleidelijk met meer verantwoordelijkheden. In deze fase is het belangrijk dat de bewoner z'n positie in de groep verbetert en zich hecht aan de groep en het behandelprogramma. De daarop volgende fase wordt ook wel de periode van ontregeling genoemd. De bewoner mag experimenteren met taken en rollen en zijn gedrag wordt ter discussie gesteld. Na vier maanden breekt de fase van integratie van gedrag aan. In deze tijd moet de bewoner het geleerde gedrag in zijn persoonlijkheid integreren. Er worden keuzemogelijkheden geboden, het gedragsrepertoire wordt uitgebreid, sociale vaardigheden worden aangeleerd en er worden gezins- of relatiegesprekken gevoerd. Na twee maanden breekt de laatste fase aan, de resocialisatie. De bewoner moet zich weer inpassen in de samenleving door zich te onthechten van de kliniek en begeleid zelfstandig te wonen in bijvoorbeeld de fasewoning. In die maanden is het belangrijk dat angsten van de bewoner en neigingen tot terugvalgedrag worden besproken. De nazorg wordt geregeld. Eventueel kan een verblijf in de sociowoning van maximaal zes maanden volgen. De begeleiding wordt dan geboden vanuit de polikliniek De Transfer.

Elke fase wordt afgesloten met een contract tussen de bewoner, de groep en de staf. Het contract vormt een weerslag van het verloop van de behandeling. Behalve de levensloop, de delictgeschiedenis en de psychische en gedragsproblemen van de bewoner bevat het contract afspraken tussen de bewoner en de groep en tussen de bewoner en de staf. Het behandelprogramma bestaat voor veertig procent uit therapeutische onderdelen, vormingsonderdelen (30%), recreatieve onderdelen (20%) en woonfuncties (10%). In 2002 is in Groot Batelaar het sociaal competentiemodel ingevoerd. Deze methodiek heeft tot doel de behandel filosofie van de kliniek - het sociaal-therapeutische model - gestructureerder uit te voeren op drie niveaus: op kliniek-, groeps- en individueel niveau. Belangrijke onderdelen van het sociaal competentiemodel zijn het werken met een behandelcyclus, behandelgebieden en behandeldoelen en het toepassen van een beloningssysteem. De behandelgebieden zijn familie, maatschappij, sociale relaties, lichaam en geest, en delict.

Voorafgaand aan de behandeling vindt het proces plaats van aanmelding en intake. De aanmeldingen komen terecht bij de opnamecoördinator. Deze verricht een screening en verstrekt informatie betreffende de procedure aan de aanmelder. De opnamecoördinator kijkt of de aangemelde kandidaat-bewoner aan de indicatiecriteria voldoet. De kandidaat moet allereerst binnen de doelgroep vallen: een man tussen de 18 en 40 jaar die een delict of meerdere delicten heeft gepleegd en die wil voorkomen dat het nogmaals gebeurt. Er dient een relatie te zijn tussen het delictgedrag en persoonlijke problemen. De openheid van de kliniek impliceert dat ze niet geschikt is voor bewoners die een zodanige problematiek hebben dat ze de veiligheid van zichzelf, anderen of de samenleving in gevaar brengen. Er dient sprake te zijn van een in aanleg gemiddelde intelligentie, voldoende ik-sterkte en vermogen tot zelfreflectie. Ook is het nodig dat de cliënt enig ziekte-inzicht heeft en enige lijdensdruk ervaart, dat wil zeggen dat hijzelf last heeft van zijn eigen gedrag, hierover vragen heeft en wenst te werken aan verandering van zijn gedrag. Contra-indicaties zijn psychotische problematiek, ernstige borderline-problematiek, ernstige agressieve impulsdoorbraken, ernstige kans op recidive, risico op ontvluchting, duurzaam destructief gedrag, resistentie voor interventies, lage intelligentie (IQ < 85), organische beschadigingen die relationeel inperkende invloeden hebben, primaire verslavingsproblematiek, geen structurele verlofmogelijkheid.

De opnamecoördinator beoordeelt de vraag en legt zijn bevindingen vervolgens voor aan de trajectcoördinator. Deze beslist of de cliënt wordt toegelaten tot de intakeprocedure. De kandidaat wordt tijdens het intakegesprek meestal vergezeld door een reclasseringsmedewerker. De intake wordt verricht door een multidisciplinair team, bestaande uit de trajectcoördinator en twee stafleden. Tijdens de intake kijken de medewerkers naar de

kernproblematiek van de bewoner en de mogelijkheid tot behandeling hiervan binnen Groot Batelaar. Men probeert een beeld te krijgen van de delictomstandigheden, de ik-sterkte, motivatie, lijdensdruk, kwaliteit van objectrelaties en het niveau van sociale en interactieve vaardigheden van de kandidaat. Ook de aanwezigheid van een sociaal systeem en een geschikt verlofadres zijn van belang. De kandidaat heeft op zijn beurt de gelegenheid om kennis te maken met de kliniek. Na de intake bespreekt het team welke problemen men tijdens de behandeling kan verwachten, welke risico's er zijn op uitval en welke interventies mogelijk zijn. Uiteindelijk beslist het intake-team over de opname van de kandidaat. Bij een positieve uitslag wordt allereerst aan de kandidaat gevraagd of hij de behandeling op Groot Batelaar wenst aan te gaan. Als dat zo is, wordt een prognose gemaakt van de opnamedatum. Vervolgens krijgt de reclassering een bevestiging, er wordt overlegd over het mogelijk justitieel kader en de reclassering rapporteert aan de rechtbank.

In de kliniek zijn drie behandelunits met elk twee leefgroepen. Daarnaast is er een opname- en observatieafdeling met één leefgroep. De leefgroepen op de behandelunits hebben zeven deelnemers mits alle plaatsen bezet zijn. De leefgroep op de opname- en observatieafdeling heeft zes plaatsen. De bezettingsoverzichten over de afgelopen jaren wijzen uit dat de groepen vaak niet volledig bezet zijn. Het bezettingspercentage varieert van zestig tot 83 procent. Dit betekent dat de leefgroepen soms uit drie, vier, vijf of zes personen bestaan.

Binnen Groot Batelaar wordt bij voorkeur gesproken over 'bewoners' - en niet over patiënten of cliënten - om het model van het wonen en leven in de groep te benadrukken. De bewoners in de leefgroep zijn vooral 'medebewoners'. Ze kunnen functies bekleden, zoals eerstverantwoordelijke van de leefgroep of behandelunit.

De bewoners hebben elk een eigen kamer, maar delen de huiskamer, de keuken en een recreatieruimte. De bewoners zorgen grotendeels zelf voor de huishouding. In de huiskamer staat een televisie. De bewoners van de leefgroep moeten overleggen waarnaar ze wensen te kijken. Ook de huishouding vraagt via het corveeschema om het nodige overleg. Per behandelunit, dus voor twee leefgroepen, is er een gezamenlijke recreatieruimte. Er is een ruimtelijk onderscheid gemaakt tussen het wonen in de leefgroep en het werken en volgen van therapieën. Deze laatste activiteiten vinden plaats in een apart gebouw, Het Veld. Binnen de leefgroep heeft elke bewoner zijn behandelcontract waaraan hij getoetst kan worden. Daarnaast zijn er de leef- of huisregels waaraan de bewoners en de leefgroepen zich dienen te houden. De regels variëren van op tijd komen tot een verbod op: wapenbezit, het gebruik van fysiek geweld, overmatig alcoholgebruik en het in gevaar brengen van de medebewoners, staf of de kliniek. Bij ernstige overtredingen van de huisregels volgt verwijdering en dat betekent meestal (terug)plaatsing in een penitentiaire inrichting. Voor

lichtere overtredingen gelden sancties, bijvoorbeeld het inhouden van verlof of voorwaardelijke verwijdering. Ook is er de mogelijkheid om de bewoner als time-out tijdelijk terug te plaatsen op de opnameafdeling.

De beoogde duur van een behandeling in de kliniek is veertien tot zestien maanden, maar de meeste bewoners voltooien de termijn niet. Vanaf 1999 schommelt de gemiddelde behandelduur rond de zeven maanden. Relatief veel bewoners verbleven de laatste jaren korter dan vier maanden in de kliniek. Sinds 1999 is sprake van een stijging van het aantal opgenomen cliënten en een afname van het aantal afwijzingen en terugtrekkingen. Ook vonden er in 2000 en 2001 meer heropnames plaats dan voorheen. De redenen voor afwijzing zijn zeer divers. In 2001 werd psychiatrie in engere zin vier keer genoemd. Andere genoemde redenen waren onder andere: primaire verslaving, gebrek aan motivatie, geringe ik-sterkte, lage intelligentie (allen twee keer). De meeste bewoners die de kliniek verlaten, zijn uitvallers. Het aantal bewoners dat regulier ontslag krijgt, is sinds 1999 minder dan een kwart. De andere bewoners moeten de kliniek voortijdig verlaten vanwege een incident, gaan weg tegen het advies van de staf in, gaan weg in overleg of vallen uit vanwege gebrek aan motivatie. De wachtlijst voor de kliniek is sinds 1997 gestaag gegroeid. De lengte van de wachttijd is echter afgenomen. Dit wordt veroorzaakt door de capaciteitsuitbreiding, maar ook door een snellere doorstroming als gevolg van een kortere gemiddelde behandelduur en een toename van uitval.

Gezien het sociaal-therapeutische behandelmodel van Groot Batelaar, is het niet verwonderlijk dat de sociotherapeuten en de sociotherapeutisch medewerkers de grootste beroepsgroep vormen in de kliniek. Ze nemen tweederde van de fte's voor hun rekening. Iedere behandelunit beschikt over een team van sociotherapeuten, sociotherapeutisch medewerkers, een klinisch psychotherapeut en een maatschappelijk werker. De behandelunits worden geleid door een unitmanager (van oorsprong een sociotherapeutisch werker) en een behandelcoördinator (een psychotherapeut). De sociotherapeuten dragen zorg voor het handhaven van de leefregels en de werkafspraken binnen het leefmilieu. De sociotherapeutisch medewerkers begeleiden de leefgroep vooral in de woon- en recreatieve functies. De maatschappelijk werkers verbinden de interne therapie met het externe leefmilieu van de bewoner en doen gedeeltelijk de gezinstherapie. De cognitief gedragstherapeut stelt de delictanalyses en terugvalpreventie-plannen op en traint sociale vaardigheden. De vaktherapieën worden centraal aangeboden in en vanuit het activiteitencentrum door arbeidstherapeuten, bewegingsagogen, psychomotorische therapeuten en creatieve therapeuten. Een medewerker scholing en vorming begeleidt de bewoners bij studie en scholing aan de hand van afgenomen beroepskeuzetests en verzorgt werkervaringsplaatsen.

In Groot Batelaar als circuit voor forensische psychotherapie is een nieuwe functie gecreëerd, de trajectcoördinator. Deze functie wordt vervuld door een psycholoog/diagnosticus die als een casemanager het individuele behandeltraject van een bewoner volgt en coacht.

## 2. *De positie in het forensisch psychiatrische veld*

Om de positie van Groot Batelaar in het veld van de forensisch psychiatrische zorg te bepalen, is het relevant om na te gaan welke instanties cliënten verwijzen of aanmelden en uit welke voorzieningen de bewoners afkomstig zijn. Het blijkt dat deze gegevens niet worden geregistreerd. Gezien de betrokkenheid van meerdere actoren, zoals reclassering en gerechtelijke instantie, is het niet altijd inzichtelijk wie de feitelijke verwijzer of aanmelder is. De reclassering is de belangrijkste contactpersoon voor de kliniek. In de afgelopen jaren is dit bij tweederde tot driekwart van de bewoners het geval. In 2001 is een toename te zien in het aantal contactpersonen vanuit de verslavingszorg.

We hebben Groot Batelaar gevraagd om een overzicht te leveren van de voorzieningen van herkomst van de bewoners vanaf 1995. Ook hebben we gevraagd naar nadere informatie over de eventuele detentie- of hulpverleningsgeschiedenis van de bewoners. De laatstgenoemde gegevens kon Groot Batelaar niet verschaffen. Dit wordt niet bijgehouden, noch in de registratie noch in de dossiers. Het merendeel van de bewoners komt uit detentie. In 2001 was echter een vijfde van de bewoners afkomstig uit een thuissituatie. Dit kan samenhangen met een relatief groter aantal bewoners dat vrijwillig, dus zonder juridische titel, in 2001 werd opgenomen.

De reclasseringsmedewerkers spreken geregeld met de bewoners die ze hebben aangemeld. Sommigen blijken op deze wijze veel informatie te krijgen over de kliniek. Daarnaast worden ze via de rapportages van Groot Batelaar op de hoogte gehouden van de vorderingen van hun cliënten. De geïnterviewden zijn te spreken over de mogelijkheid van behandeling in Groot Batelaar. Ze roemen de open setting en benadrukken dat de kliniek uniek is. Er zijn weinig alternatieven beschikbaar voor de doelgroep. De omgang met de bewoners wordt als bijzonder gezien. Men constateert dat Groot Batelaar in staat is een vertrouwensrelatie met de bewoners op te bouwen. Iemand verbaast zich erover dat weinig collega's verwijzen. Een andere informant betreurt het dat gedetineerden waarvoor een behandeling een goede keuze zou zijn zo weinig worden aangemeld. Er is waardering voor het feit dat de kliniek minder 'zweverig' wordt. Een pragmatische aanpak en gedragsbeïnvloeding spreken de aanmeldende instanties meer aan. Een contactpersoon uit kritiek op het behandelprogramma. Hij merkt op dat de bewoners zich snel gaan vervelen, met name de



eerste weken, omdat er te weinig activiteiten worden geboden. Hij is bang dat verveling kan leiden tot druggebruik.

Enkele informanten van de reclassering menen dat de aanmelding weliswaar laagdrempelig is, maar dat de intake zwaar is. De cliënt moet vooraf weten wat hij van de behandeling wil leren en moet kunnen beargumenteren waarom hij naar Groot Batelaar wil. Een ander punt dat de intake zwaar maakt, is de gewenste aanwezigheid van een reclasseringsmedewerker. Dat kan een grote hoeveelheid reistijd betekenen voor een reclasseringsmedewerker.

De meesten melden goed op de hoogte te worden gehouden over zaken die rond de cliënt spelen. Ze worden uitgenodigd voor de behandelplanbesprekingen. Niet iedereen is tevreden over de mate waarin men inbreng kan hebben. Ook is niet iedereen tevreden over de schriftelijke communicatie. Nog te vaak is Groot Batelaar van mening dat de bewoner alleen de verantwoordelijkheid van de kliniek is, aldus een informant. Er is bij een paar informanten het gevoel dat de schriftelijke communicatie vanuit Groot Batelaar slordig is, terwijl het toch privacygevoelige zaken betreft. Ook de uitnodigingen voor de behandelplanbesprekingen worden niet altijd of niet op tijd bezorgd. Voor de inhoudelijke kant van de rapportages van Groot Batelaar is veel waardering. Ze zijn uitgebreid en diepgaand. Ook de mogelijkheid om contact te hebben met behandelaars wordt toegejuicht.

Een opvallend punt is dat diverse informanten zich storen aan het feit dat de kliniek de ‘vuile was’ buiten hangt. Men stelt openheid op prijs, maar dit gaat sommigen te ver. Zo zijn de behandelaars volgens een informant intern verdeeld over het wel of niet toestaan van druggebruik in de kliniek. De onduidelijkheid hierover is niet goed, want dat voelt de bewoner ook. Vooral contactpersonen die goed bekend zijn met Groot Batelaar merken op dat de kliniek een “beetje zoekende” is naar een nieuwe koers.

Het toenemende middelengebruik, de opname van druggebruikers en drugbezit weerhouden een informant ervan om momenteel bij Groot Batelaar aan te melden. Hij wijst erop dat zijn cliënten gevoelig zijn voor druggebruik of een drugverleden hebben en door het gebruik van anderen in hun oude gewoonte vervallen.

Een informant noemt het een gemis dat er geen behandelvormen mogelijk zijn voor ‘oudere’ cliënten, zoals dertigers en veertigers. Verder is er behoefte aan follow-up na de behandeling. Niet alleen nazorg is nodig, maar ook is het gewenst na te gaan hoe de situatie is na verloop van tijd en welke effecten op lange termijn worden bereikt.

Groot Batelaar heeft een landelijke functie. Uit het gehele land kunnen kandidaat-bewoners worden aangemeld. Uit de cijfers blijkt dat de aanmelders van Groot Batelaar gespreid zijn over het land, maar er zijn concentratieplekken en witte vlekken. Dit hangt gedeeltelijk samen met een groter aanbod van kandidaat-bewoners in sommige locaties dan elders, maar ook met bekendheid en ervaring van bepaalde instanties en organisaties met de kliniek. Zo zijn er relatief weinig bewoners geplaatst uit de noordelijke provincies, Zeeland, Limburg en Flevoland.

Groot Batelaar is afhankelijk van aanmeldingen van organisaties en instanties. Zij leveren de bewoners. Daarom is het voor de kliniek belangrijk om met alle mogelijke aanmeldende instanties, zoals de reclassering, in de diverse hofressorts contacten te onderhouden. Er worden geregeld excursies georganiseerd voor bijvoorbeeld reclasseringswerkers om zo kennis te maken met de behandelmogelijkheden binnen de kliniek. Ook verspreidt de kliniek foldermateriaal onder relevante functionarissen.

Groot Batelaar noemt zich circuit voor forensische psychotherapie om de diverse functies van de eigen organisatie in de keten van behandeling en zorg te benadrukken: klinische behandeling; ambulante en deeltijdbehandeling; begeleid en beschermd wonen. Groot Batelaar is onderdeel van het regionale forensische circuit in en rond Arnhem. Hieraan nemen ook deel de FPA van de Gelderse Roos, de FPD Arnhem en de reclassering. De bedoeling is dat het circuit een optimaal behandeltraject kan bieden aan cliënten, gebaseerd op hun hulpvraag, mogelijkheden en stoornis. Het circuit verkeert nog in de ontwikkelingsfase, met name waar het de behandeling betreft. Er is een convenant getekend door de partners om tot samenwerking te komen. Er zijn daarnaast contacten tussen Groot Batelaar en de FPA van de Gelderse Roos over de wenselijkheid van duurzame samenwerking.

Op landelijk niveau heeft Groot Batelaar hechte samenwerkingsrelaties met het Penitentiair Selectie Centrum. Het PSC selecteert gedetineerden die voor behandeling in de forensische psychiatrie in aanmerking komen. Ook kan het PSC een time-out bieden aan een bewoner als de behandeling in Groot Batelaar niet goed verloopt.

De vertegenwoordigers van aanmeldende instanties en de contactpersonen die wij interviewden, oordelen positief over de naam van Groot Batelaar. Wel vragen enkelen zich af of de kliniek voldoende bekend is bij relevante betrokkenen. Men zou meer foldermateriaal en PR willen zien.

De medewerkers van Groot Batelaar die wij spraken, vinden de kliniek uniek en prettig om te werken. Ze zijn tegelijkertijd realistisch over de prestaties van hun werk en de mogelijkheden van behandeling.

De bewoners die wij interviewden, hadden al van Groot Batelaar gehoord in detentie. Er werden goede verhalen over gehoord. Ondanks kritiek op de kliniek zijn ze trots op hun 'Batelaar'. Ze vinden het een prestatie als ze de behandeling voltooien. Afhaken zien ze als een mislukking. Alhoewel ze statistisch gezien eveneens kans maken uit te vallen, zijn ze van mening dat de uitvallers de 'losers' zijn waar niets van terecht komt. Het feit dat ze de uitval van bewoners als blamage voor de naam van Groot Batelaar ervaren, toont hun trots op de kliniek.

De identiteit van Groot Batelaar wordt gevormd doordat het een werkeenheid is van de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg. De meeste contactpersonen vinden dat de identiteit geen betekenis heeft in de behandeling en zien het noch als een reden noch als een belemmering om cliënten te verwijzen. Ze merken ook niet dat de identiteit voor kandidaat-bewoners een reden of beletsel vormt om naar Groot Batelaar te gaan. Sommige contactpersonen wensen dat Groot Batelaar zich meer zou profileren als kliniek van het Leger des Heils. Nu zijn veel organisaties vaak niet op de hoogte van de relatie, omdat Groot Batelaar er weinig ruchtbaarheid aan geeft, menen deze contactpersonen.

Voor de kliniek ligt de identiteitskwesitie ingewikkelder. Aan de ene kant dienen medewerkers de identiteit te onderschrijven. Aan de andere kant is het niet de bedoeling dat mensen bij Groot Batelaar gaan werken om te evangeliseren. Het onderschrijven van de identiteit legt belemmeringen op voor het aannemen van personeel, bijvoorbeeld mensen met een andere religieuze of levensovertuiging. Het is nu onmogelijk voor een moslim om in Groot Batelaar te werken terwijl onder de bewoners wel moslims zijn. Weinig personeelsleden die wij interviewden, zeiden "iets met het Leger" te hebben. Ze solliciteerden bij Groot Batelaar vanuit hun interesse om in de kliniek te werken, hun opvattingen over behandeling en hun betrokkenheid bij de doelgroep. Ze werken primair vanuit hun professionele opvatting in de kliniek. Sommigen hadden moeite met het tekenen van de verklaring waarin men de identiteit respecteert en uitdraagt. Anderen hebben getekend, maar verbinden daar geen consequenties aan. Er wordt door sommige personeelsleden wat lacherig over gedaan, anderen nemen het serieuzer. De ondernemingsraad heeft moeite met het opleggen van het onderschrijven van de identiteit aan personeelsleden en beschouwt de belemmeringen voor het aannemen van werknemers met een andere identiteit dan de christelijke als een probleem.

De bewoners die wij interviewden, beoordelen de binding met het Leger des Heils als positief. Ze zijn bekend met de organisatie vanuit hun detentieverleden of via de reclasering. Ze hebben positieve ervaringen met het Leger des Heils. Ook is er waardering voor de majoor die regelmatig op bezoek komt en beschikbaar is voor gesprekken met de bewoners. Hij wordt beschouwd als een “onafhankelijk persoon die er altijd voor je is”. Wel wordt er gepleit voor de mogelijkheid om geestelijk raadsmanen of vertrouwenspersonen van andere religies in te schakelen.

### 3. *De werkzaamheid*

We hebben de werkzaamheid van Groot Batelaar bestudeerd op twee manieren, namelijk door toepassing van de grounded theory-benadering op de interviews en via scoring op de indicatoren. De grounded theory-benadering bood ons de mogelijkheid om de kliniek te bekijken vanuit verschillende ervaringen, opvattingen en inzichten van het management, de medewerkers, de bewoners en de aanmeldende instanties. Voor de scoring op de indicatoren hebben we behalve de informatie uit de interviews vooral gebruik gemaakt van de bewonersdossiers, de via de vragenlijst door Groot Batelaar aangeleverde registratiegegevens en documentatie van de kliniek. De opmerkingen van de informanten over de organisatie, werkwijze en behandeling van Groot Batelaar zijn in categorieën geordend. We hebben vijf hoofdcategorieën met subcategorieën geformuleerd: leefklimaat (vrijheid, je moet er zelf wat van maken, verschil tussen units, gelijkwaardige relatie, geleidelijke overgang, we zitten hier niet zomaar, hanteren van regels, niet serieus genomen, verveling, weggestuurd: alles voor niks geweest, geïsoleerde ligging: rust of belemmering?), werkklimaat (fluitend naar het werk, units als eilanden, klaagcultuur, parallelle processen, veiligheid in kliniek, ondercultuur, bewoners maken dienst uit, oude cultuur versus nieuwe cultuur, nieuwe communicatie, meer gedragsmatige aanpak), bezetting (leegstand, onrust, aantasting van het sociaal-therapeutische model), uitval (toename, uitval kan ook prettig zijn, te veel verantwoordelijkheid voor bewoners, openheid versus geslotenheid), koers (zoekende, nieuwe doelgroepen, dilemma: nog meer uitval?, kortere behandelduur, geleidelijkere overgang).

#### ***Leefklimaat***

##### *- Vrijheid*

De bewoners oordelen gunstig over het leefklimaat in Groot Batelaar. Daarbij zetten ze hun oordeel af tegenover hun ervaringen in detentie.

- *Je moet er zelf wat van maken*

De bewoners vinden het goed dat ze gedwongen worden met anderen te leren leven en met elkaar te leren praten. Ze stellen dat je het echter zelf moet doen: je moet zelf wat van de behandeling maken en eruit halen wat je nodig hebt.

- *Verskil tussen units*

De bewoners uiten kritiek op de verschillen in het beleid tussen de behandelunits. De ene unit is populairder dan de ander. Dat is mede afhankelijk van de bewoners van de leefgroepen op dat moment en van de staf van de unit.

- *Gelijkwaardige relatie*

Er is waardering voor de houding van de staf. In de gevangenis werden de bewoners meer gecommandeerd. In Groot Batelaar is sprake van een meer gelijkwaardige relatie.

- *Geleidelijke overgang*

De fasering van de behandeling wordt als een prima systeem ervaren. Op de opnameafdeling De Basis kun je afkicken van de gevangenis en wennen, stellen de bewoners. Op de unit krijgen bewoners meer vrijheid.

- *We zitten hier niet zomaar*

Er zijn conflicten en spanningen tussen bewoners onderling en tussen bewoners en staf. Soms draait er iemand door. De bewoners doen daar laconiek over. We zitten hier nu eenmaal niet zomaar, menen ze.

- *Hanteren van regels*

De bewoners hebben soms het idee dat zij zich alleen maar aan regels dienen te houden en de staf niet. Er is de indruk dat men bewoners die tbs hebben gehad strenger aanpakt en eerder verwijderd dan andere bewoners, met name die zonder justitieel kader.

- *Niet serieus genomen*

De bewoners klagen erover dat sommige zaken lang duren, zoals onderhoudswerkzaamheden of vervanging van materiële zaken. Ze voelen zich hierin niet altijd serieus genomen.

- *Verveling*

Veel bewoners vinden het behandelaanbod te beperkt. Dit kan tot verveling leiden. Anderen menen dat het hebben van vrije tijd of het leren vullen van vrije tijd ook deel uitmaakt van de behandeling. Ook contactpersonen van aanmeldende instanties klagen over te weinig activiteiten. Zij wijzen erop dat verveling kan leiden tot 'vervelend' gedrag en druggebruik.

- *Weggestuurd: alles voor niks geweest*

De stok achter de deur van de gevangenisstraf helpt bewoners om het vol te houden. Ze ervaren het als weggegooide tijd als ze hier na maanden weggestuurd zouden worden.

### *Geïsoleerde ligging: rust of belemmering?*

De ligging van Groot Batelaar wordt door de bewoners enerzijds als geïsoleerd ervaren. Anderzijds vinden ze het voor de behandeling een perfecte omgeving. De landelijke, geïsoleerde ligging van de kliniek wordt door sommige contactpersonen als een belemmering ervaren. Het is te veel buiten de stad, buiten de wereld waaruit de bewoners afkomstig zijn en straks toch weer moeten leven. Anderen ervaren de ligging juist als een pluspunt.

### ***Werkklimaat***

#### *- Fluitend naar het werk*

De medewerkers hebben plezier in hun werk. Ik ga elke dag fluitend naar het werk, aldus een medewerker.

#### *- Units als eilanden*

De organisatie en het beleid interesseren de medewerkers minder dan hun eigen werkzaamheden, zeker als het niet de eigen unit betreft. De schaalvergroting heeft tot eilanden van units geleid, menen sommigen.

#### *- Klaagcultuur*

Ondanks dat mensen fluitend naar hun werk gaan, wordt er veel geklaagd, stellen de medewerkers zelf. Er wordt gesproken van een klaagcultuur. Klagen betekent ook betrokkenheid, menen sommigen. Toch wordt het klagen weinig omgezet in constructief gedrag. Er is weinig interesse om zitting te nemen in de ondernemingsraad en ook bij personeelsbijeenkomsten is de opkomst soms klein.

#### *- Parallele processen*

Het personeel spiegelt zich aan de bewoners. De medewerkers van Groot Batelaar constateren gedrag, interacties en spanningen bij henzelf die vergelijkbaar zijn met die van de bewoners. De geringe betrokkenheid van de medewerkers om zich verkiesbaar te stellen voor de ondernemingsraad lijkt een afspiegeling van de geringe interesse onder bewoners voor deelname aan de cliëntenraad. Er functioneert geen klachtencommissie. Er wordt geen kwaliteitssysteem gehanteerd. Net zoals de bewoners soms klagen over alles en iedereen, doen veel medewerkers hetzelfde.

#### *- Veiligheid in kliniek*

Er wordt gewerkt aan veiligheidsbeleid, maar het management gaat te gemakkelijk om met de bescherming en beveiliging van de medewerkers en de bewoners, menen sommigen. De ondernemingsraad maakt zich hierover zorgen, met name in de avond- en nachturen als er weinig menskracht is. Sommige medewerkers zeggen zich onveilig te voelen, anderen niet.

#### *- Ondercultuur*

De bewoners praten er weinig over, maar er is, vooral 's nachts, sprake van een 'ondercultuur'. De openheid van de kliniek, de relatief grote vrijheid van de bewoners en hun persoonlijkheden leiden soms tot ongewenste situaties. Het middelengebruik is groot en moeilijk beheersbaar, met name 's nachts.

- *Bewoners maken dienst uit*

De ondercultuur regeert soms overdag als erfenis van een 'softe' cultuur, aldus enkele medewerkers. Het lukt de medewerkers dan niet om de bewoners te beheersen. De regie was in 2001 volledig zoek. Diverse bewoners volgden overdag geen behandelprogramma, omdat ze naar de tv-serie 'Goede tijden, slechte tijden' moesten kijken. Medewerkers werden letterlijk buiten gesloten. De bewoners maakten de dienst uit, aldus informanten. De situatie was zo uit de hand gelopen dat het management 'Actie Nu' in het leven riep. De groepsleden werden verantwoordelijk gesteld voor elkaar. Het nadeel hiervan is dat bewoners nu vaker ziekte of zich niet goed voelen als reden voeren om niet mee te hoeven doen aan een activiteit, aldus een paar medewerkers.

- *Oude cultuur versus nieuwe cultuur*

Er is een tegenstelling tussen de oude en nieuwe cultuur, gesymboliseerd in de oudbouw en de nieuwbouw. De gevolgen van de verhuizing, de uitbreiding van het personeels- en bewonersbestand en de reorganisatie laten zich nu gelden. Er is veel nieuw personeel in dienst genomen. Vanuit één gebouw ging men over naar drie gebouwen voor de leefgroepen en een apart gebouw voor de activiteiten. Sommige oudere medewerkers voelen zich minder thuis en denken met nostalgie aan het oude huis.

- *Nieuwe communicatie*

Er is lang sprake geweest van een top-downcultuur in de kliniek. Het management tracht dit te veranderen, maar de medewerkers zijn er nog niet aan gewend. Men zoekt naar goede communicatievormen en overlegvormen tussen medewerkers en management.

- *Meer gedragsmatige aanpak.*

Binnen de behandeling is sprake van een overgang naar een meer pragmatische, gedragsmatige aanpak van bewoners. Dit vindt veel bijval onder de meeste medewerkers. In het sociaal competentiemodel wordt meer nadruk gelegd op het werk van de sociotherapeuten. Zij krijgen in het nieuwe beleid een prominenter rol. Zij staan het dichtst bij de bewoners en kunnen het best het sociaal-therapeutische model vormgeven.

### ***Bezetting***

- *Leegstand*

Zowel medewerkers als contactpersonen merken op dat het moeite kost voor Groot Batelaar om de plaatsen te vullen. De bezettingsgraad van de leefgroepen is laag. Als eventuele

oorzaken hiervan worden genoemd: minder aanmeldingen; veel uitvallers; productiegericht werken van de reclassering; meer alternatieve behandelvormen, zoals de ambulante forensische psychiatrie; en meer strafoplegging.

- *Onrust*

Uit de bewonersregistratie blijkt dat de doorstroming snel is door uitvallers en een korte behandelduur. Dit geeft onrust onder het personeel over mogelijke gevolgen voor het personeelsbestand, maar ook over de oplossingen die de kliniek zoekt om de leegstand te verminderen. Er leeft onder medewerkers en contactpersonen het idee dat te zware gevallen, te 'oude' mannen of te veel mannen zonder juridisch kader worden opgenomen om plaatsen vol te krijgen. Er is de angst dat bewoners bij incidenten langer worden gehandhaafd. Medewerkers en bewoners verbazen zich over herintakes en heropnames. Contactpersonen zijn bang dat de kliniek minder kieskeurig wordt en meer risico's gaat nemen, onder andere door het toelaten van zwaardere druggebruikers.

- *Aantasting van het sociaal-therapeutische model*

Een ander gevolg van leegstand is dat het concept van leefgroepen en het therapeutisch milieu worden aangetast. De bewoners vinden het vervelend dat de groepen zo klein worden. Dit legt meer druk op de interactie en relatie. Verder moeten ze vaker koken en schoonmaken.

### ***Uitval***

- *Toename uitval*

Samenhangend met de leegstand is er steeds meer sprake van uitval van bewoners. De medewerkers klagen over de onrust die dit met zich meebrengt in de unit en onder de bewoners en staf, met name als dit gebeurt naar aanleiding van incidenten. De uitval wordt geweten aan de toenemende vrijwillige opnames, meer agressie onder bewoners en een zwaardere, ongeschiktere populatie. Sommigen menen dat de uitval het gevolg is van een minder selectief beleid. Tegelijkertijd spreken anderen juist over een zware intakeprocedure. Een paar informanten wijzen erop dat mensen nu eenmaal agressiever worden, ook binnen de kliniek, en dat de gevoeligheid hiervoor toeneemt.

- *Uitval kan ook prettig zijn*

Het ironische is dat uitval zowel door bewoners als medewerkers als prettig wordt ervaren wanneer het een moeilijke of lastige bewoner betreft. Het is dan beter voor de behandeling van de anderen. De bewoners klagen weliswaar over de verkleining van de groepen die uitval met zich meebrengt, maar ze geven aan vanuit hun detentieverleden gewend te zijn aan uitval. De een komt en de ander gaat, net als in de gevangenis. Ze zijn ervan overtuigd dat het met een uitvaller nooit meer goed komt. Daar komt niks van terecht, stellen ze.



- *Te veel verantwoordelijkheid voor bewoners*

Onder diverse contactpersonen leeft het idee dat Groot Batelaar te veel verantwoordelijkheid bij de bewoner zelf legt. De informanten noemen de kliniek te vrijblijvend, te ruimhartig of te 'soft'. Er wordt onvoldoende daadkrachtig opgetreden bij overtredingen van de leefregels. Er wordt te veel getolereerd, te veel door de vingers gezien. De eerste weken ervaart de bewoner de relatieve vrijheid van Groot Batelaar vergeleken met de gevangenis. Als de gewenning of vervinging toeslaat of het wordt te moeilijk haakt men af, aldus een informant. Verscheidene informanten pleiten, mede in verband met uitval en incidenten, voor meer differentiatie: een meer gesloten setting met minder verantwoordelijkheid bij de bewoners.

- *Openheid versus geslotenheid*

De uitval zet voor sommige contactpersonen vraagtekens bij de openheid van de kliniek. Past een open setting als er zoveel bewoners zelf opstappen? Past een open setting als er incidenten voorkomen?

### **Koers**

- *Zoekende*

De kliniek is zoekende, menen verschillende informanten. Zoekende naar een nieuw evenwicht, een nieuwe koers, nieuwe doelgroepen. De nieuwbouw en reorganisatie lijken na een paar jaar voor een terugslag te zorgen. Men heeft al veel zien veranderen in de kliniek en er is onrust over wat komen gaat. Onderwerpen die regelmatig terugkeren op de beleidsagenda zijn de leegstand, de relatie tot het Leger des Heils, wel of geen intensievere samenwerking met de FPA van de Gelderse Roos, uitbreiding van de doelgroep.

- *Nieuwe doelgroepen*

De kliniek denkt er over om de doelgroep te verbreden met vrouwen. Dit geeft heftige reacties bij een aantal medewerkers. Men is verdeeld. Sommigen menen dat het een verrijking zal zijn en een afspiegeling is van de maatschappij. Anderen zijn bang voor de gevolgen. Het kan tot onrust onder de bewoners leiden. Anderen zien het scenario voor zich van het ontstaan van relaties tussen bewoners en vervolgens het mislukken daarvan met alle gevolgen van dien. Weer anderen menen dat de komst van vrouwen juist positief zal werken voor mannen. Men vraagt zich af of er wel voldoende aanbod aan vrouwen is. Het idee om jongeren op te nemen in de kliniek zorgt voor nog heftigere reacties onder de medewerkers. Daarvoor is een geheel andere benadering en expertise nodig, meent men.

- *Dilemma: nog meer uitval?*

Diverse informanten schetsen het dilemma van Groot Batelaar. Er is leegstand en uitval. Men moet dus naar nieuwe bronnen zoeken of andere methodieken vinden om uitval tegen

te gaan. Tegelijkertijd kun je minder selectief zijn als je meer mensen binnen wil krijgen. Dat leidt weer tot uitval.

- *Kortere behandelduur*

Een andere oplossing om uitval te verminderen, wordt door sommige contactpersonen en medewerkers gezocht in een verkorting van de behandelduur of een gedifferentieerd aanbod. Als de behandeling korter is, vallen er misschien minder mensen uit. Een kortere behandelduur kan ook leiden tot een lichtere doelgroep.

- *Geleidelijkere overgang*

Sommige medewerkers pleiten voor een nog geleidelijker overgang van de opnameafdeling naar de unit om uitval te voorkomen. De vrijheid moet stapsgewijs worden aangeboden. Telkens als blijkt dat een bewoner meer ruimte krijgt dan hij aankan, moet de bewoner worden ingeperkt.

Groot Batelaar heeft als doelstelling: “het voorkomen van recidive van strafbaar gedrag van de bewoners”. Dit tracht men te bewerkstelligen door een sociaal-therapeutische behandeling te bieden van veertien tot zestien maanden waarin de bewoner wordt begeleid naar een zelfstandige leefsituatie in de maatschappij. De behandeling wordt omschreven als “een proces waarin de bewoner op gepaste wijze met anderen leert omgaan”. Hierbij wordt uitgegaan van de gedachte dat het delictgedrag voor een groot deel is terug te voeren op inadequate sociale omgangsvormen. Er zijn diverse instrumenten beschikbaar om gedrag en verandering in gedrag te meten. In Groot Batelaar wordt in de behandelcyclus veel geëvalueerd. Met name het sociaal-therapeutische milieu is een constante situatie van interactie, feedback en evaluatie. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de bewoners en medewerkers zeggen te kunnen inschatten wie uit gaat vallen. De kliniek wordt door diverse informanten beschouwd als een minimaatschappij, een school voor de gewone maatschappij. Als een bewoner hiervoor slaagt, moet hij het in de echte maatschappij kunnen redden met de juiste begeleiding en met behulp van de familie en de omgeving.

De resultaten van een school laten zich onder andere meten aan het aantal leerlingen dat slaagt voor het examen. Hoeveel bewoners slagen voor Groot Batelaar? Slechts een klein aantal bewoners haalt de eindstreep. De uitval is hoog, de gemiddelde behandelduur is relatief laag. Het aantal incidenten is relatief hoog. Een informant meent dat sommige bewoners met vallen en opstaan tot inzicht komen. Uitval kan dan tijdelijke uitval betekenen. Het is echter niet bekend hoeveel tijdelijke uitvallers terugkeren in behandeling in Groot Batelaar of elders. Evenmin is bekend of bewoners na een heropname niet meer uitvallen. Het is ook de vraag of deze opvatting te rijmen is met de functie van Groot Batelaar als behandelinstelling voor mensen met een juridische titel. De rechter zal bij

bepaling van de juridische maatregel er niet vanuit gaan dat de betreffende persoon af en toe uitvalt.

Ook al slaagt men voor Groot Batelaar, dan is het nog de vraag of de doelstelling (het voorkomen van recidive van strafbaar gedrag van de bewoners) is gerealiseerd. Wat is de invloed van de behandeling op het gedrag en handelen van de cliënt in de echte maatschappij nu en in de toekomst? De effecten van een behandeling in de forensische psychiatrie laten zich moeilijk meten. “Pas als het mis gaat, weten we het”, verzuchtte een informant. “Of je moet net een ex-bewoner tegenkomen waar het goed meegaat. Dan is het een verrassing als juist die bewoner waaraan iedereen destijds twijfelde, tegenwoordig een volledig geslaagd leven leidt. Daarvoor doe je het”. Een contactpersoon pleit voor een follow-upstudie waarbij de kliniek de ex-bewoners enige tijd volgt. Ook in het onderzoek naar de ambulante forensische psychiatrie (Plempers, 2001) werd hiervoor gepleit. Tot nu toe vindt er weinig onderzoek plaats naar de effecten van behandeling op het voorkomen van recidive. Het is moeilijk om ex-bewoners te verplichten zich te melden. Er zijn problemen met registratie en het raadplegen van bestanden.

Gezien de relatief grote uitval, het relatief grote aantal bewoners dat de behandeltermijn niet voltooit en de onbekendheid van de effectiviteit van de behandeling op langere termijn doet zich de vraag voor hoe de doelstelling van de kliniek zich verhoudt tot de wijze waarop men de doelstelling tracht te realiseren. De behandelduur en de behandelinhoud lijken nu relatief losse elementen te zijn. Ze zijn meer gebaseerd op behandelideologie en –visie dan op de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep. Enkele contactpersonen hebben het idee dat de kliniek zich niets aantrekt van de uitval of de kritiek op het middelengebruik en maar gewoon doorgaat met de eigen behandelvisie. Sommigen maken zich zorgen over de cultuur binnen de kliniek waarin de bewoners te veel kunnen persisteren in hun ‘verkeerde’ gedrag, zoals middelengebruik. Verschillende informanten pleiten voor een gedifferentieerd aanbod, voor de mogelijkheid van een kortere behandelduur of een gesloten setting. Nu is het zo dat de meerderheid de behandeltermijn niet volmaakt. Deze lijkt dus niet aan te sluiten bij de doelgroep. Tegelijkertijd zijn veel aanmeldende instanties gecharmeerd van de kliniek en van de mogelijkheid van behandeling. Het is echter de vraag of de kliniek de juiste doelgroep bereikt.

Net zo goed als de behandelduur en –inhoud relatief los lijken te staan, lijkt de uitval ook wel een op zichzelf staand verschijnsel. Uitval kan worden beschouwd als het mislukken van de behandeling of als het falen van de selectiemethode, maar er kunnen ook andere factoren van invloed zijn. Er kunnen zich omstandigheden voordoen binnen de kliniek of in het leven van de bewoner die men vooraf niet kan voorspellen. Enkele informanten menen

dat soms tegen beter weten in aan een behandeling wordt begonnen. Opvattingen als “dat mensen een kans moeten krijgen” en “dat de gevangenis mensen niets kan bieden” spelen hierbij een rol.

De uitval lijkt eveneens los te staan van de selectiemethode of in ieder geval lijkt de zware intakeprocedure niet van invloed te zijn op de uitval. Er zijn dus andere mechanismen die voor de uitval zorgen. De informanten zien de oorzaken in de vrijheid, de openheid van de kliniek, de zware druk van het leven in een groep, de verveling, de gewenning, het niet volhouden van aangepast gedrag, te veel verantwoordelijkheid en te weinig structuur. Er zijn volgens de informanten risicomomenten aan te wijzen, zoals de overgang van de opname-afdeling naar de behandelunit en het wegvallen van de juridische maatregel. Het creëren van een opname-afdeling heeft ertoe geleid dat men volgens de kliniek bewoners aanneemt waarover men vroeger getwijfeld zou hebben. De periode op de opname-afdeling wordt dan benut voor nader onderzoek. Na afloop van deze fase kan het zijn dat de kliniek tot het advies komt dat een bewoner beter niet een behandeling in een unit van Groot Batelaar kan volgen.

Een aanwijzing voor realisatie van de doelstelling zou de vervolgvoorziening van de bewoners kunnen zijn nadat ze zijn vertrokken uit de kliniek. Het blijkt dat deze gegevens niet worden geregistreerd. Via screening van dossiers is Groot Batelaar vanaf 1997 nagegaan naar welke voorziening of verblijfplaats de bewoner na ontslag of uitval vertrokken is. Hieruit blijkt dat in 2000 en 2001 meer dan de helft terug ging naar de eigen woning, gezin of familie. Door de jaren heen gaat een vijfde alsnog of weer in detentie. Van een relatief groot aantal bewoners is echter onbekend waar men heen gaat. We hebben geconstateerd dat de meeste bewoners met een juridische maatregel zijn opgenomen. Ook hebben we vastgesteld dat veel bewoners voortijdig uitvallen en niet de behandeling volgens de gestelde termijn voltooien. Het komt voor dat de juridische titel tijdens het verblijf wordt opgeheven waardoor de bewoner vrij is om te gaan. Het was voor de kliniek niet mogelijk om de gegevens over het vervolgverblijf te vergelijken met de juridische titels en de reden van uitval. De informatie over het vervolgverblijf van de bewoners brengt ons niet verder bij de vraag naar de realisatie van de doelstelling van Groot Batelaar. Het ontbreken van de mogelijkheid van het combineren van gegevens bemoeilijkt het proces van analyseren en zoeken naar mogelijke verklaringen voor bijvoorbeeld uitval. Mede daardoor lijken de diverse elementen los te staan van elkaar.

Om toetsbare uitspraken te doen over de werkzaamheid van Groot Batelaar hebben we de kliniek als het ware gescoord op een lijst van indicatoren. De indicatoren zijn geen vooraf gestelde voorwaarden waaraan de kliniek moest voldoen. De scoring op de indicatoren is in

de eerste plaats een middel om te meten hoe de kliniek ervoor staat. Aangezien het onderzoek te beschouwen is als een nulmeting kan Groot Batelaar aan de hand van de scoring zien welke indicatoren aandacht behoeven. Na verloop van tijd kan opnieuw via de indicatoren worden gemeten hoe de stand van zaken is.

*Persoonlijke ontwikkeling: verbetering van functioneren van de cliënt tijdens en na de behandeling in relatie tot zijn functioneren vóór de behandeling*

Uit de meerderheid van de dossiers blijkt dat de cliënt over meer gedragsalternatieven beschikt. Over de tevredenheid van de cliënt over de behandeling, zijn maatschappelijke inbedding wat betreft werk of opleiding, in staat zijn om wederkerige relaties aan te gaan, in staat zijn om voornemens te maken, zich aan plannen houden, erin slagen om meer structuur in zijn leven te brengen, de groei van de motivatie voor behandeling en het beter omgaan met beperkingen is sprake in een aantal dossiers en in een aantal niet. De meeste bewoners houden zich niet altijd aan de huisregels en het behandelcontract. Met name de regels op middelengebruik worden overtreden. De meeste bewoners volbrengen de behandeling niet volgens de vastgestelde termijn. Er is onvoldoende informatie over de bereikte behandeldoelen van de cliënt en de hoop van de cliënt op een zinvoller leven.

*Verkleinen recidivekans*

De meeste bewoners stromen niet uit naar klinische voorzieningen. Over de langere termijn zijn geen gegevens bekend. De volgende indicatoren gelden voor een aantal dossiers, maar in een aantal niet: cliënt heeft meer begrip of empathie voor de slachtoffers van zijn delict, cliënt heeft meer vertrouwen in zichzelf en anderen, cliënt weet aan te geven wanneer hij hulp nodig heeft, cliënt is zich meer bewust van de risicofactoren die tot delicten kunnen leiden, cliënt heeft goede resultaten ten aanzien van risk assessment. In een minderheid van de dossiers blijkt dat de cliënt meer controle heeft over zijn eigen impulsen. Over het niet voorkomen van delictpleging tijdens verlof, tijdens ongeoorloofde afwezigheid of desertie tijdens verlof, is onvoldoende informatie bekend. Ook is onvoldoende informatie beschikbaar over het niet recidiveren van de cliënt voor hetzelfde of een soortgelijk delict en over de vermindering van de kans op recidive.

*Veiligheid binnen en buiten kliniek*

De meeste bewoners worden gecontroleerd op alcohol- en druggebruik, bezit van wapens, etc. Sommige medewerkers voelen zich veilig, anderen niet of minder. De meeste bewoners zeggen zich veilig te voelen binnen de kliniek en in aanwezigheid van medebewoners. Er doen zich incidenten voor volgens de registratiegegevens en de informanten. De meeste

bewoners gebruiken middelen. Het is onbekend of de bewoners mensen buiten de kliniek niet in gevaarlijke situaties brengen.

#### *Afwezigheid van praktische belemmeringen*

Het aantal wachtenden is in de afgelopen jaren gegroeid, maar de wachttijd is korter geworden. Volgens de meeste informanten is de naam van de kliniek niet stigmatiserend. Sommige informanten vinden de relatief geïsoleerde ligging van de kliniek gunstig, anderen minder.

#### *Behandelprogramma's*

Alle bewoners hebben een concreet individueel behandelprogramma. Bij alle bewoners wordt het milieu bij de behandeling betrokken. Voor de meeste bewoners is nazorg beschikbaar, via de polikliniek of via andere instanties. Voor de meeste bewoners is het behandelprogramma voldoende flexibel om te worden toegesneden op het individuele probleem- en delictgedrag van de cliënt. In een aantal gevallen biedt het behandelprogramma voldoende structuur, maar sommige informanten, met name aanmeldende instanties, vinden dat het programma te weinig structuur biedt. Er vindt niet systematisch effectmeting plaats van de behandelmethoden. De kliniek is niet toegankelijk voor vrouwen, jongeren en werkenden, wel de polikliniek. Over de aanwezigheid van allochtonen is onvoldoende informatie in de registratie. Er zijn allochtone bewoners, zo blijkt uit de interviews en de dossiers. De informanten melden dat er meer aandacht zou moeten zijn voor andere culturen en identiteiten dan de christelijke. Over de mogelijke behandeling van vrouwen of jongeren in de kliniek zijn de meningen van de informanten verdeeld.

#### *Intake en indicatiestelling*

In de meeste gevallen kan een snelle intake worden gerealiseerd. De criteria van inclusie en exclusie zijn schriftelijk vastgelegd en worden in de meeste gevallen nageleefd. De intakeprocedure wordt als zwaar bestempeld. De kliniek probeert tijdens de intake de motivatie van de kandidaat-bewoner te peilen. Een gebrek aan motivatie kan een reden zijn om een kandidaat-bewoner af te wijzen.

#### *Bezetting*

Het aantal wachtenden is de afgelopen jaren gegroeid, maar de wachttijd is korter geworden. Uit de registratiegegevens en de interviews blijkt dat de kliniek niet volledig bezet is.

### *Bekendheid*

De kliniek is uniek op diverse punten. Er is onder de aanmeldende instanties veel behoefte aan een behandeling zoals die wordt geboden door de kliniek. Volgens de meeste informanten staat de kliniek goed bekend. Toename van incidenten, uitval en middelengebruik kunnen de naam van de kliniek echter aantasten.

### *Afstemming met andere voorzieningen*

De kliniek heeft een landelijke functie en met diverse organisaties een samenwerkingsrelatie. Er zijn echter regio's waarmee weinig contacten zijn en van waaruit weinig bewoners worden aangemeld. Het aanbod van de kliniek wordt als tamelijk uniek gezien. De kliniek verwijst waar nodig naar reguliere zorg. De samenwerking met justitiële instanties is hecht. Uit de registratiegegevens blijkt dat de meeste bewoners afkomstig zijn uit een justitiële instelling of worden gemeld door een justitiële instantie. De samenwerking met de ggz is nog in ontwikkeling. Uit de registratiegegevens over de voorziening van herkomst en het vervolgvverblijf blijkt niet dat de ggz een schakel vervult in het hulpverleningstraject aan de bewoner. De regionale circuitvorming en het overleg met regionale instellingen zijn in ontwikkeling.

### *Tevredenheid van de verwijzers*

De aanmeldende instanties tonen zich in het algemeen gemotiveerd om te verwijzen, alhoewel er bij enkelen twijfel is ontstaan vanwege incidenten en het middelengebruik. In het algemeen worden de aanmeldende instanties bij afwijzing geïnformeerd over alternatieven. Incidenten worden niet altijd bij aanmeldende instanties gemeld, maar in het algemeen wordt men ingelicht over uitval. De meeste verwijzers melden goed op de hoogte te worden gehouden, maar niet iedereen is tevreden over de mate waarin men inbreng kan hebben. Ook is niet iedereen tevreden over de schriftelijke communicatie. Veel aanmeldende instanties zijn tevreden over de mogelijkheid van behandeling, maar teleurgesteld door uitval, incidenten en middelengebruik. Sommigen hebben twijfels over de hoeveelheid programma-activiteiten. Dit zou onvoldoende zijn en tot verveling leiden. Sommigen pleiten voor meer structuur en meer differentiatie in behandelduur en behandelmogelijkheden, bijvoorbeeld minder open. De aanmeldende instanties zijn verdeeld over het feit of de behandeling en de resultaten ervan aan hun verwachtingen voldoen. Ze hebben niet de verwachting dat de cliënt zal uitvallen of geconfronteerd zal worden met middelengebruik. In een aantal gevallen is crisisopvang mogelijk door de aanmeldende instanties, in een aantal gevallen niet.

### *Personele tevredenheid*

Het ziekteverzuim is niet hoger dan in vergelijkbare settings. De meeste medewerkers melden dat de kliniek ruime mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering biedt. Sommige medewerkers voelen zich veilig, anderen hebben twijfels over de veiligheid. Ook de meningen over het beleid en de arbeidsomstandigheden zijn verdeeld. Er is veel veranderd in de afgelopen jaren en daardoor is de koers niet helder. Dit brengt onrust onder het personeel. Veel medewerkers gaan met plezier naar hun werk. Over de nieuwbouw zijn de medewerkers enthousiast. Tegelijkertijd heeft de nieuwbouw voor meer gescheiden werelden gezorgd.

### *Tevredenheid cliënten*

De bewoners hebben kritiek, maar zijn in het algemeen tevreden over de leefomstandigheden. Ze vergelijken hun vrije leefomgeving met de situatie in detentie. Er is een patiëntenvertrouwenspersoon. De bewoners worden geïnformeerd door de staf in het UBSO (unit bewoners staf overleg). De bewoners zijn tevreden over de wijze van bejegening. Soms vinden ze behandelaars streng of wordt er met ongelijke maat gemeten, maar vergeleken met de situatie in detentie is de wijze van bejegening meer op voet van gelijkwaardigheid. De meeste bewoners voelen zich veilig. De bewoners voelen zich niet altijd serieus genomen door de kliniek. Er is verschil tussen de units. Er zijn wachtlijsten voor sommige behandelonderdelen. Er treedt verveling op. Ook is er kritiek op de lage bezetting van de leefgroepen. Er worden niet systematisch exitinterviews gehouden. Er is volgens de kliniek een cliëntenraad, maar deze is niet operationeel. Hij heeft een korte periode gefunctioneerd, maar was afhankelijk van het lidmaatschap van een actieve bewoner. De bewoners hebben ondanks hun kritiek weinig interesse voor deelname aan een cliëntenraad, maar dit wordt ook niet gestimuleerd vanuit de kliniek. Het UBSO vervult de rol van spreekbuis voor de bewoners en klankbord van het management. Hier worden praktische zaken besproken die voor de bewoners belangrijk zijn. Er is geen klachtencommissie.

## **6.3 Aanbevelingen voor de toekomst**

Met de resultaten van het onderzoek kunnen we een aantal aanbevelingen doen voor de toekomst. Net als de vraagstellingen brengen we de aanbevelingen onder in drie thema's:

### *1. De organisatie en behandeling*

Uniek zijn is uitdagend en vraagt om lef, maar het maakt ook kwetsbaar. Groot Batelaar vervult graag een voortrekkersrol als circuit voor forensische psychotherapie en netwerken-



de organisatie. De organisatie is zich bewust van het eigen unieke behandelingsmodel, gebaseerd op een open sociaal-therapeutisch milieu, gericht op het voorkomen van recidive. Voor het bestaansrecht van de kliniek is het nodig om zich te verantwoorden. Uit het onderzoek blijkt dat Groot Batelaar weinig zakelijk en weinig marktgericht werkt. De geringe zakelijkheid brak de kliniek op bij het leveren van gegevens voor het onderzoek. Veel was niet voorhanden. Dit biedt geen helder beeld aan de beleidsmakers, de verwijzers en de belastingbetalers, maar beperkt vooral de kliniek zelf in de uitvoering van het werk, de bepaling van de doelgroep, de verkenning en uitbreiding van de markt, de vormgeving van de behandelinhoud, de aanpak van de bewoners, etc. Er zal veel geïnvesteerd moeten worden in een goede registratie van gegevens. Dit zal de kliniek en alle andere betrokkenen meer inzicht kunnen bieden in de behandeling en de koers op langere termijn. Een duidelijker en gedetailleerdere registratie van bewonersgegevens maakt het mogelijk om scherper te analyseren waar knelpunten zijn en waar aanpassingen nodig zijn. Een goede registratie levert informatie op voor de marktverkenning van Groot Batelaar en voor de doelgroep. Er is veel informatie aanwezig, maar die is verspreid over de hoofden van de medewerkers. Dit geeft geen 'overview' van het geheel. Wat is bijvoorbeeld de voorgeschiedenis van de bewoners? Wat betekent het als er allochtonen in de bewonerspopulatie aanwezig zijn?

Een ander belangrijk punt is het middelengebruik. Hierover is geen duidelijkheid in visie naar buiten toe. Hoeveel gebruik is toegestaan? Hoeveel gebruik is nog acceptabel zonder dat het de behandeling of de leefsituatie in de groep verstoort? Is verdere samenwerking met de verslavingszorg gewenst? Een duidelijke stellingname is noodzakelijk, zowel voor de aanmeldende instanties als voor de medewerkers en bewoners. Een gevolg van onduidelijkheid kan zijn dat verhalen over middelengebruik voortduren en er steeds minder bewoners zonder drugprobleem worden aangemeld. De behandelaars van de kliniek geven aan dat behandeling in principe niet samen gaat met middelengebruik, maar dat het een illusie is te denken dat middelen buiten de deur gehouden kunnen worden. Het wordt gauw een kat-en-muisspel tussen staf en bewoners, waarbij de bewoners via camouflerende middelen proberen de staf te slim af te zijn. Er is sinds kort gekozen om het middelengebruik in de groep te problematiseren. Dit betekent dat een bewoner openlijk over zijn gebruik kan praten in de groep en de groepsleden medeverantwoordelijk worden gesteld voor zijn gebruik.

De geluiden over verveling onder bewoners vragen om herziening van het activiteitenprogramma. Is dit voldoende gevuld? Het kan zijn dat sommige bewoners weinig eigen tijdsvulling ontplooiën of niet weten hoe ze hun tijd zinvol kunnen doorbrengen. De kliniek

dient hiervoor meer aandacht te hebben. Ook moet er gekeken worden naar de mogelijkheid om populaire activiteiten waar wachtlijsten voor zijn uit te breiden.

De uitval en leegstand roepen de vraag op wat dit voor gevolgen heeft voor de individuele bewoners en het sociaal-therapeutische model. Een zeer kleine groepsgrootte zorgt ervoor dat bewoners erg aan elkaar zijn overgeleverd. Staat een kleine groepsgrootte de behandeling in de weg? Groot Batelaar erkent dat een te kleine groep (minder dan vijf bewoners) niet effectief is voor de behandeling en gaat er dan ook steeds meer toe over om groepen samen te voegen of een leefgroep tijdelijk te sluiten.

Duidelijkheid is het sleutelwoord in de aanbevelingen aan Groot Batelaar, ook intern. Er dienen heldere communicatielijnen te komen naar de medewerkers. Een kwaliteitssysteem en een veiligheidsbeleid zijn eveneens essentiële onderdelen van een intern beleid. Zowel medewerkers als bewoners moeten weten waar ze aan toe zijn. Voor de bewoners betekent dit eenduidige regels, serieus worden genomen, ook waar het praktische zaken betreft en een duidelijke stellingname ten opzichte van het middelengebruik en de ondercultuur. Ook het respecteren van andere religies of levensovertuigingen dan die van het Leger des Heils dient nader ingevuld te worden, gezien de functie van de kliniek, de bewonerspopulatie en de diversiteit in de samenleving. Er zijn bewoners en medewerkers die een andere overtuiging hebben en hiernaar willen leven. Ook de instelling van een klachtencommissie, het stimuleren van deelname aan een cliëntenraad en het consequent voeren van exitinterviews, zowel bij vertrekkende bewoners als personeelsleden, verdienen uitvoering.

## *2. De positie in het forensisch psychiatrisch veld*

De relatie met het veld van potentiële aanmelders en regionale instellingen verdient verdere aandacht. Er zijn geografisch witte vlekken. De kliniek is lang niet overal voldoende bekend. Ook naar buiten toe geldt dat Groot Batelaar duidelijk moet maken waar ze voor staat. Uit de interviews met de contactpersonen blijkt dat er sprake is van negatieve beeldvorming over Groot Batelaar, onder andere de ondercultuur en het gebruik van middelen. Als er veel bewoners zijn die middelen gebruiken en de kliniek ziet dat als een gegeven of een doelgroep, dient de kliniek de contacten met verslavingszorg nader uit te werken. Als Groot Batelaar de verslavingszorg niet als een leverancier van bewoners wenst te zien, dient ze dit ook duidelijk te maken. Ook de relatie met de ggz dient helderder gemaakt te worden.

In de schriftelijke communicatie zou Groot Batelaar meer zorgvuldigheid moeten betrachten. Diverse contactpersonen zijn hierover niet tevreden.

De intakeprocedure wordt door contactpersonen van de reclassering als zwaar gezien voor de cliënt en als arbeidsintensief gezien voor de reclasseringsmedewerker. Het zou te overwegen zijn om al in de detentiefase de kandidaat-bewoner nader te onderzoeken op motivatie. Verder is het aan te bevelen om meer gebruik te maken van de verantwoordelijkheden van de reclassering als toezichthouder en motivator van de bewoners.

### *3. De werkzaamheid*

Het is van groot belang dat Groot Batelaar meer inzichtelijk maakt wat de kliniek doet en wat de resultaten zijn van de behandeling, zeker alvorens nieuwe doelgroepen aan te boren. De relatie tussen de behandeling, de behandelvisie en de behandelduur dient helder te worden gepresenteerd. Werkt de behandelvisie, namelijk dat het sociaal-therapeutische model leidt tot voorkomen en verminderen van recidive? Leidt adequater sociaal gedrag tot verminderd delictgedrag bij deze doelgroep? Door de korte behandelduur komen veel bewoners niet toe aan de fase van integratie en resocialisatie. Wat betekent dat? Is het zeker dat er bij de bewoners een relatie is tussen het delictgedrag en de stoornis?

Ook moet worden gezien wat de relatie is tussen de uitval en de juridische titel. Het moet inzichtelijk worden wanneer en waarom bewoners uitvallen. Als de juridische titel is opgeheven? Zo ja, wat is de relatie tussen de duur van de juridische maatregel en de behandelduur? Ook moet duidelijker worden wat de invloed is van het vrijwillig opgenomen zijn op de uitval. Het is overigens niet bekend of uitval altijd negatief is. Het is mogelijk dat de betreffende bewoner de kliniek weliswaar voor gezien houdt, maar vervolgens buiten de kliniek een leven zonder recidive leidt. Ook moet duidelijk worden of heropnames uiteindelijk toch tot voltooiing van het programma leiden.

De behandeling moet ergens toe leiden. Als de behandeling niet aansluit op een grote groep bewoners is er dan legitimiteit voor de wijze van behandeling, de behandelduur, de behandeling in groepen en de openheid van de kliniek? Een gedifferentieerde behandelapproach zou een mogelijkheid zijn: variabele behandeltermijnen, meer gesloten groepen, groepen voor middelengebruikers, meer gestructureerde groepen. Dit dient duidelijk ingericht te worden om 'scheve gezichten' over verschil in behandelduur tussen bewoners te vermijden en om helderheid naar verwijzers te bieden. Ook de mogelijkheden van meer vroegtijdige time-outs of tijdelijke terugplaatsingen in detentie om uitval tegen te gaan, dienen nader verkend te worden.

Er zijn geen gegevens bekend over recidive. Telkens blijkt dat dit op bezwaren stuit. Het zou niet zinvol of niet ethisch zijn om ex-bewoners te volgen. Omwille van de doelstelling

van Groot Batelaar en gezien de mate van uitval zou het aan te raden zijn een follow-up studie onder ex-bewoners te starten. Medewerkers hebben het idee “goed bezig te zijn”. Dat is prettig, maar biedt geen enkele garantie over het effect van hun werk op de doelgroep op langere termijn.

De kernactiviteit van Groot Batelaar is de omgang van de medewerkers met de bewoners. Op dit punt wordt de kliniek door de aanmeldende instanties als sterk gezien. De bewoners spreken zelf over Batelaar alsof het ‘hun’ kliniek is, vergelijkbaar met een voetbalclub. De uitvallers zijn sukkels, zij zijn de jongens die het gaan maken. Het besef dat ze uitval slecht vinden voor de naam van de kliniek is veelzeggend. Op een professionele manier slaagt Groot Batelaar erin hun dit saamhorigheidsgevoel en trots mee te geven. Het gevoel van “wij zijn Batelaar” leeft sterk onder de bewoners. Toch gaat het op een gegeven moment met veel bewoners mis. Wat gebeurt er dan dat ze dit gevoel kwijtraken? Dit is een belangrijk punt voor Groot Batelaar om te analyseren en verder te bezien hoe dit gevoel kan worden vastgehouden. Een kortere behandelduur kan een optie zijn. Een weliswaar kortere, maar afgemaakte behandeling met diploma van de directeur, is een betere stimulans voor een bewoner dan weggestuurd worden.

## 6.4 Ten slotte

‘Goede tijden, slechte tijden’ ... ofwel een evaluatie komt nooit gelegen. Bij de start van het onderzoek bleek al snel dat Groot Batelaar zich in een fase van transitie bevond. Na de spannende en uitdagende periode van de nieuwbouw en de uitbreiding in 1999 leek de kliniek zich in 2002 in een ‘dip’ te bevinden. Professionals zullen hierin een bekend verschijnsel waarnemen. Na een periode van opwinding ‘zat iedereen er door’. Er leek veel veranderd op allerlei gebieden en op allerlei niveaus, maar niet alles laat zich even snel veranderen. Oude en nieuwe culturen botsten, oude gewoonten waren hardnekkig en ... hoe moest het nu verder? Er waren onduidelijkheden over de te volgen koers, zoals meer samenwerking met de FPA van de Gelderse Roos, de relatie met het Leger des Heils, de uitbreiding van de doelgroep met vrouwen, de visie op behandeling. Er waren zorgen over leegstand, uitval en middelengebruik. Zowel de positie van de kliniek als de positie van de verschillende actoren in de kliniek waren onhelder. Iedereen leek op drift, inclusief de bewoners. Zij konden als gevolg van de onduidelijkheid meer uiting geven aan hun ondercultuur en zelfs de dienst uitmaken. Het onderzoek toont dat alle informanten van Groot Batelaar zich in hoge mate bewust zijn van de situatie. Ze hebben ‘ziekte-inzicht’ om in parallellen te spreken. Er werd in 2002 door het Leger des Heils een interimdirecteur

aangesteld. Dit was enerzijds belangrijk voor de continuïteit van de kliniek, maar anderzijds gewenst voor de hernieuwde positiebepaling van Groot Batelaar. Net als dit onderzoek bood het de mogelijkheid om iemand van buitenaf naar de processen in de kliniek te laten kijken. Met de komst van de interimdirecteur hebben zich wijzigingen voorgedaan, zoals het aftreden van de bestuurscommissie en de positionering van Groot Batelaar als landelijke ggz-kliniek van het Leger des Heils. Daarnaast wordt een begin gemaakt met het structureler werken aan de kwaliteitsverbetering van de cultuur, de methodieken en de organisatie van de kliniek. In 2003 bestaat Groot Batelaar als behandelinstituut vijftig jaar. Een moment om stil te staan en terug te kijken, maar ook een moment om vooruit te kijken naar nieuwe kansen. De resultaten en aanbevelingen van het onderzoek kunnen de kliniek ondersteunen in het veranderingsproces. Daarnaast biedt het onderzoek als nulmeting de mogelijkheid om de kliniek na verloop van tijd opnieuw te evalueren.



## Geraadpleegde literatuur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4<sup>th</sup> ed. Washington D.C: American Psychiatric Association.

Babbie, E.R. (1995). *The Practice of Social Research*. 7<sup>th</sup> ed. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.

*Beknopte Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV* (1996). 3<sup>e</sup> druk. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Berg, A. van den (2000). Persoonlijkheidsstoornissen en delinquent gedrag. Milieutherapie in een open forensisch psychotherapeutische kliniek. In C. Janzing, A. van den Berg, F. Kruisdijk (red.). *Handboek voor milieutherapie. Theorie en praktijk van de klinische psychotherapie*. Assen: Van Gorcum.

Berg, A. van den (2001). Managen in de forensische psychiatrie kan gevaarlijk zijn. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 56, nr. 12, pp. 1161-1172.

Denzin, N.K. (1978). *The research act. A theoretical introduction in sociological methods*. New York: McGraw-Hill.

Denzin, N.K., Y.S. Lincoln (Eds.) (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.

Glaser, B., A.L. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Janzing, C. (2000). Grondslagen van het klinisch psychotherapeutisch milieu. In C. Janzing, A. van den Berg, F. Kruisdijk (red.). *Handboek voor milieutherapie. Theorie en praktijk van de klinische psychotherapie*. Assen: Van Gorcum.

Morse, J.M. (1994). Designing Funded Qualitative Research. In N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.

Plempers, E.M.T. (1998). *Terug in de maatschappij. Plaatsing en begeleiding van forensisch psychiatrische patiënten in RIBW's*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Plempers, E.M.T. (2001). *Ambulante forensische psychiatrie. Onderzoek forensisch psychiatrische poli- en dagklinieken*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Plempers, E.M.T., M. Goderie (2000). Tussen opvang en reïntegratie. De forensisch psychiatrische zorg en de huiskamerprojecten voor straatprostituees. In R.P. Hortulanus, J.E.M. Machielse (red.). *In de marge. Het Sociaal Debat. Deel 1*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie, pp.91-102

Sluis, E.M., C. Wagner, 2000. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*. Utrecht: NIVEL.

Strauss, A., J. Corbin (1994). Grounded Theory Methodology. An Overview. In N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.



## Verklaring afkortingen

APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
fte	fulltime-equivalent
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GM	gevangenismaatregel
HvB	Huis van Bewaring
IQ	intelligentiequotiënt
MFO	multifunctionele organisatie
NAO	niet anderszins omschreven
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PI	Penitentiaire Inrichting
PiGGZ	patiëntenregister intramurale geestelijke gezondheidszorg
PIJ	plaatsing in jeugdinrichting

PMT	psychomotorische therapie
PSC	Penitentiair Selectie Centrum
PSM	Patient Staff Meeting
RIBW	regionale instelling voor beschermd wonen
tbr	terbeschikkingstelling van de regering
tbs	terbeschikkingstelling
UBSO	unit bewoners staf overleg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## Tabellen

Tabel 2.4.1

*Leeftijdscategorie en gemiddelde leeftijd bij opname in de kliniek per jaar*

Leeftijd	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
18 – 20	7	(17)	10	(23)	8	(28)	5	(18)	9	(25)	21	(37)	19	(30)
21 – 23	24	(57)	20	(47)	8	(28)	7	(25)	14	(39)	19	(34)	22	(35)
24 – 26					4	(14)	5	(18)	3	(8)	4	(7)	7	(11)
27 – 29	6	(14)	8	(19)	6	(21)	8	(29)	4	(11)	6	(11)	3	(5)
30 – 32					3	(10)	3	(11)	3	(8)	4	(7)	6	(10)
33 – 35	4	(10)	5	(12)					3	(8)	2	(4)	4	(6)
36 en ouder	1	(2)											2	(3)
N =	42		43		29		28		36		56		63	
<i>Gemiddelde leeftijd bij opname</i>	23		22		23,8		24,4		23,8		22,7		23,6	

Tabel 2.4.2

Geboorteland van de bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages

Geboorteland	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Nederland</i>	26	(90)	21	(75)	28	(78)	49	(88)	53	(84)
<i>Suriname</i>	1	(3)	3	(11)	1	(3)	1		2	(3)
<i>Nederlandse Antillen</i>	1	(3)			1	(3)	1	(2)	1	(2)
<i>Marokko</i>			3	(11)			2	(4)		
<i>Turkije</i>							1	(2)		
<i>Overig Europa</i>					2	(6)	1	(2)	3	(5)
<i>Overig Afrika</i>	1	(3)							1	(2)
<i>Overig Azië/Oceanië</i>					3	(8)			2	(3)
<i>Overig Zuid-Amerika</i>			1	(3)			1	(2)	1	(2)
<i>Onbekend</i>					1	(3)				
N =	29		28		36		56		63	

Tabel 2.4.1.1

Juridische titel bij opname in de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages

Juridische titel	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Veroordeling tot gevangenisstraf, art. 15.5 PBW (voorheen art. 47 GM)</i>	19	(45)	12	(28)	8	(28)	11	(39)	7	(19)	11	(20)	15	(24)
<i>Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden</i>	16	(38)	20	(47)	16	(55)	10	(36)	18	(50)	22	(39)	20	(32)
<i>Voorwaardelijke veroordeling</i>	1	(2)	6	(14)	5	(17)	3	(11)	4	(11)	13	(23)	16	(25)
<i>Tbs met voorwaarden</i>			1	(2)					5	(14)	6	(11)	3	(5)
<i>PIJ</i>											1	(2)		
<i>Buitengewone behandeling</i>	1	(2)	1	(2)										
<i>Vrijwillig: geen juridische titel</i>	5	(12)	3	(7)			4	(14)	2	(6)	3	(5)	9	(14)
<i>N =</i>	42		43		29		28		36		56		63	

Tabel 2.4.21

Type delict of strafbaar gedrag bij opname in de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages van de bewoners (meerdere typen mogelijk)

Type delict	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Gewelddelicten (niet-seksueel)</i>	9	(21)	13	(30)	16	(55)	14	(50)	15	(42)	24	(43)	15	(24)
<i>Zware gewelddelicten (niet-seksueel)</i>	4	(9)	4	(9)	9	(31)	11	(39)	8	(22)	16	(29)	20	(32)
<i>Vermogensdelicten zonder geweld</i>	19	(44)	23	(53)	9	(31)	8	(29)	13	(36)	15	(27)	24	(38)
<i>Seksuele gewelddelicten</i>	2	(5)	3	(7)	1	(3)	3	(11)	2	(6)			2	(3)
<i>Brandstichting</i>	9	(21)	3	(7)	2	(7)	2	(7)	3	(8)	5	(9)	3	(5)
<i>Overige delicten</i>	1	(2)	2	(5)	4	(14)	1	(4)	1	(3)	2	(4)		
<i>Onbekend</i>	5	(12)	2	(5)									2	(3)
N =	42		43		29		28		36		56		63	

Tabel 2.4.3.1

Psychiatrische diagnoses (volgens DSM-IV) bij opname in de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages van de bewoners (meerdere diagnoses mogelijk)

Psychiatrische diagnose	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Aandachtstekort- en gedragsstoornis	2	(7)	2	(7)	5	(14)	8	(14)	9	(14)
Aan een middel gebonden stoornis (alcohol, drugs, medicijnen, vluchtige stoffen, e.d.)	11	(38)	11	(39)	13	(36)	24	(43)	42	(67)
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen							1	(2)		
Stemmingsstoornis (depressieve stoornis, bipolaire stoornis)	1	(3)	2	(7)	2	(6)	4	(7)	6	(10)
Angststoornis	1	(3)	1	(4)	5	(14)	5	(9)	8	(13)
Somatoforme stoornis							4	(7)		
Seksuele stoornis/Genderidentiteitsstoornis	1	(3)	1	(4)					1	(2)
Stoornis in impulsbeheersing NAO (incl. kleptomanie, pyromanie, pathologisch gokken)	1	(3)	4	(14)	6	(17)	2	(4)	2	(3)
Persoonlijheidsstoornis – cluster A (paranoïde, schizoïde, schizotypische persoonlijkheidsstoornis)					1	(3)	1	(2)		
Persoonlijheidsstoornis – cluster B (antisociale, borderline, theatrale, narcistische persoonlijkheidsstoornis)	9	(31)	11	(39)	20	(56)	41	(73)	43	(68)
Persoonlijheidsstoornis – cluster C (ontwijkende, afhankelijke, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, persoonlijkheidsstoornis NAO)	12	(41)	12	(43)	8	(22)	7	(13)	10	(16)
Identiteitsproblemen	3	(10)								
Geen diagnose of aandoening op As I/Diagnose of aandoening op As I uitgesteld	11	(38)	10	(36)	4	(11)	9	(16)	10	(16)
Geen diagnose op As II/Diagnose op As II uitgesteld	7	(24)	4	(14)	4	(11)	6	(11)	9	(14)
Matige begaafdheid							1	(2)		
N =	29		28		36		56		63	

Tabel 3.3.3.1

Behandelduur in maanden bij ontslag uit de kliniek per jaar in aantallen en in percentages (van de ontslagen bewoners)

Behandelduur in maanden	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 1	4	(10)	2	(4)	1	(4)	3	(7)	2	(7)	3	(5)	9	(15)
1 – 4	11	(28)	14	(30)	5	(19)	6	(14)	8	(30)	18	(31)	11	(18)
5 – 8	7	(18)	9	(19)	5	(19)	5	(12)	2	(7)	5	(8)	5	(8)
9 – 12	5	(13)	8	(17)	5	(19)	5	(12)	9	(33)	6	(10)	10	(17)
13 – 16	9	(23)	11	(23)	10	(37)	20	(48)	5	(19)	15	(25)	13	(22)
> 16	4	(10)	3	(6)	1	(4)	3	(7)	1	(4)	4	(7)	3	(5)
Onbekend											8	(14)	9	(15)
N =	40		47		27		42		27		59		60	
Gemiddelde behandelduur	8,5		8,5		9,8		11,9		7,9		7,3		6,9	



*Tabel 3.4.1.1  
Kandidaat-bewoners en bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages  
(van de aanmeldingen)*

<i>Kandidaten en bewoners</i>	<i>1995</i>		<i>1996</i>		<i>1997</i>		<i>1998</i>		<i>1999</i>		<i>2000</i>		<i>2001</i>	
	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>
-														
<i>Aantal aanmeldingen</i>	92	(100)	98	(100)	94	(100)	58	(100)	107	(100)	110	(100)	101	(100)
-														
<i>Aantal afwijzingen</i>	22	(24)	24	(24)	17	(18)	22	(38)	19	(18)	18	(16)	14	(14)
-														
<i>Aantal teruggetrokken cliënten</i>							8	(14)	25	(24)	23	(21)	17	(17)
-														
<i>Aantal opgenomen cliënten</i>	42	(46)	43	(44)	29	(31)	28	(48)	36	(34)	56	(51)	63	(62)
-														
<i>Aantal heropnames</i>	1	(1)					2	(3)			8	(7)	6	(6)
-														
<i>Onbekend of doorlopend naar volgend jaar</i>	27	(29)	31	(32)	48	(51)			27	(25)	5	(5)	1	(1)
N =	92		98		94		58		107		110		101	

Tabel 3.4.2.1

Redenen voor afwijzing van kandidaat-bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages (van de afwijzingen)

Reden	1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Gebrek aan motivatie	4	(18)	4	(21)	4	(22)	2	(14)
Gebrek aan probleembesef	1	(5)	1	(5)	1	(6)	1	(7)
Onvoldoende groepsgechikt	1	(5)	1	(5)	2	(11)		
Geringe ik-sterkte			3	(16)			2	(14)
Weinig introspectieve vermogens	3	(14)	3	(16)				
Beperkte frustratietolerantie	7	(32)			2	(11)	1	(7)
Primaire verslaving	2	(9)	2	(11)	2	(11)	2	(14)
Psychiatrie in engere zin	2	(9)	2	(11)			4	(29)
Lage intelligentie (IQ < 85)	2	(9)	2	(11)	7	(39)	2	(14)
Leeftijd buiten categorie			1	(5)				
N =	22		19		18		14	

Tabel 3.4.2.2

Redenen voor terugtrekking van kandidaat-bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages (van de terugtrekkingen)

Reden	1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Rechter niet akkoord	2	(25)	12	(48)	7	(30)	4	(24)
Eigen verzoek cliënt	5	(63)	9	(36)	12	(52)	12	(71)
Cliënt heeft zich niet gemeld	1	(13)	4	(16)	4	(17)	1	(6)
N =	8		25		23		17	

Tabel 3.4.3.1

Regulier ontslagen bewoners en uitvallers van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages

Ontslagen	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Aantal reguliere ontslagen	15	(38)	18	(38)	13	(48)	27	(64)	6	(22)	14	(24)	14	(23)
Aantal uitvallers	25	(63)	29	(62)	14	(52)	15	(36)	21	(78)	45	(76)	46	(77)
N =	40		47		27		42		27		59		60	

Tabel 3.4.3.2

Redenen voor uitval van bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages (van de uitvallers)

Reden	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Incident	11	(44)	17	(59)	11	(79)	9	(60)	7	(33)	10	(22)	22	(48)
Gebrek aan motivatie	2	(8)	1	(3)					1	(5)	5	(11)	2	(4)
Bewoner is tegen advies staf weggegaan	10	(40)	10	(34)	2	(14)	6	(40)	13	(62)	26	(58)	16	(35)
Bewoner is in overleg voortijdig gestopt	2	(8)	1	(3)	1	(7)					4	(9)	4	(9)
Onbekend													2	(4)
N =	25		29		14		15		21		45		46	

Tabel 3.4.4.1

Aantal wachtenden en de lengte van de wachttijd voor de kliniek per jaar

Wachtenden	1997	1998	1999	2000	2001
Totaal aantal wachtenden	27	34	49	76	81
Totale lengte wachttijd in weken	8,9	7,1	5,5	5,7	4,8

Tabel 3.5.1.1

Disciplines werkzaam in de kliniek in fte's op 1 januari 2002

<i>Disciplines</i>	<i>Fte's</i>
<i>Sociotherapeuten/sociotherapeutisch medewerkers</i>	40,54
<i>Arbeidstherapeuten</i>	4,68
<i>Maatschappelijk werkers</i>	4
<i>Psychologen</i>	3,04
<i>Psychotherapeuten</i>	2,33
<i>Bewegingsagogen</i>	1,66
<i>Verpleegkundigen</i>	1,38
<i>Sociaal dienstverleners</i>	1
<i>Gedragstherapeut</i>	0,89
<i>Medewerker vorming en scholing</i>	0,77
<i>Creatief therapeuten</i>	0,67
<i>Psychomotorisch therapeuten</i>	0,51
<i>Psychiaters</i>	0,5
Totaal	61,97

Tabel 4.2.1

Contactpersonen van de bewoners van de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages

Contactpersonen	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Reclassering</i>	17	(59)	14	(50)	20	(56)	32	(57)	27	(43)
<i>Reclassering Leger des Heils</i>	6	(21)	4	(14)	7	(19)	14	(25)	12	(19)
<i>Jeugdreclassering</i>	1	(3)					5	(9)		
<i>Verslavingszorg</i>	4	(14)	7	(25)	7	(19)	4	(7)	12	(19)
<i>ggz</i>			1	(4)			1	(2)		
<i>Jeugdhulpverlening</i>			1	(4)					3	(5)
<i>Geen reclassering</i>	1	(3)							3	(5)
<i>Onbekend</i>			1	(4)	2	(6)			6	(10)
N =	29		28		36		56		63	

Tabel 4.2.2

Voorzieningen van herkomst van de bewoners per jaar in absolute aantallen en in percentages

Voorzieningen van herkomst	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Penitentiaire inrichting/Huis van B0ewaring</i>	16	(55)	14	(50)	23	(64)	31	(55)	30	(48)
<i>Huis van Bewaring via Penitentiair Selectie Centrum</i>	8	(28)	11	(39)	7	(19)	11	(20)	15	(24)
<i>Jeugdetentie</i>	2	(7)			2	(6)	6	(11)	3	(5)
<i>Forensische psychiatrie</i>					1	(3)			2	(3)
<i>Voorziening Leger des Heils</i>							2	(4)		
<i>Eigen woning/gezin/familie</i>	3	(10)	2	(7)			6	(11)	13	(21)
<i>Onbekend</i>			1	(4)	3	(8)				
N =	29		28		36		56		63	

Tabel 4.3.1

Bewoners van de kliniek naar provincie van aanmelding per jaar in absolute aantallen en in percentages

Provincie	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Groningen					1	(3)	1	(2)	3	(5)
Friesland									1	(2)
Drenthe							1	(2)		
Noord-Holland	5	(17)	2	(7)	4	(11)	4	(7)	7	(11)
Zuid-Holland	8	(28)	11	(39)	12	(33)	11	(20)	8	(13)
Flevoland					1	(3)	1	(2)	2	(3)
Overijssel	3	(10)	1	(4)	4	(11)	12	(21)	6	(10)
Gelderland	6	(21)	3	(11)	2	(6)	7	(13)	7	(11)
Utrecht	1	(3)			1	(3)	3	(5)	4	(6)
Noord-Brabant	4	(14)	7	(25)	5	(14)	10	(18)	15	(24)
Limburg	1	(3)			3	(8)	3	(5)	1	(2)
Zeeland			2	(7)			3	(5)		
Onbekend	1	(3)	2	(7)	3	(8)			9	(14)
N =	29		28		36		56		63	

Tabel 5.3.1

Vervolgverblijf ontslagen bewoners uit de kliniek per jaar in absolute aantallen en in percentages

Vervolgverblijf	1997		1998		1999		2000		2001	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
<i>Eigen woning/gezin/familie</i>	17	(63)	18	(43)	21	(78)	31	(53)	32	(53)
<i>Penitentiaire inrichting/Huis van Bewaring</i>	5	(19)	9	(21)	5	(19)	12	(20)	10	(17)
<i>Sociowoning</i>	4	(15)	1	(2)			3	(5)	1	(2)
<i>Speciale woonvorm</i>	1	(4)					1	(2)	2	(3)
<i>Forensisch psychiatrische voorziening</i>							1	(2)		
<i>Voorziening Leger des Heils</i>					1	(4)	3	(5)	1	(2)
<i>Onbekend</i>			14	(33)			8	(14)	14	(23)
N =	27		42		27		59		60	



## Indicatoren ter beoordeling resultaten en werkzaamheid

1. **Persoonlijke ontwikkeling: verbetering van functioneren van de cliënt tijdens en na de behandeling in relatie tot zijn functioneren vóór de behandeling**
  - 1.1. Cliënt beschikt over meer gedragsalternatieven.
  - 1.2. Cliënt kan beter met zijn beperkingen omgaan.
  - 1.3. De motivatie van cliënt voor behandeling is gegroeid.
  - 1.4. Cliënt heeft de behandeling volgens vastgestelde termijn volbracht.
  - 1.5. Cliënt heeft zich gehouden aan de huisregels en het behandelcontract.
  - 1.6. Cliënt slaagt erin meer structuur in zijn leven aan te brengen.
  - 1.7. Cliënt houdt zich aan zijn plannen.
  - 1.8. Cliënt is in staat voornemens te maken.
  - 1.9. Cliënt is meer in staat om wederkerige relaties aan te gaan.
  - 1.10. Cliënt heeft een maatschappelijke inbedding wat betreft werk of opleiding.
  - 1.11. Cliënt heeft hoop op een zinvoller leven.
  - 1.12. Cliënt is tevreden over de behandeling.
  - 1.13. De behandeldoelen van cliënt zijn bereikt.

## **2. Verkleinen recidivekans**

- 2.1. De kans op recidive van cliënt is verminderd.
- 2.2. Verdere klinische behandeling van cliënt wordt voorkomen.
- 2.3. Cliënt recidiveert niet of minder voor hetzelfde of een soortgelijk delict.
- 2.4. Cliënt heeft goede resultaten t.a.v. risk assessment.
- 2.5. Er is geen sprake van: delictpleging tijdens verlof, ongeoorloofde afwezigheid of desertie tijdens verlof.
- 2.6. Cliënt is zich meer bewust van de risicofactoren die tot delicten kunnen leiden.
- 2.7. Cliënt weet aan te geven wanneer hij hulp nodig heeft.
- 2.8. Cliënt heeft meer controle over zijn eigen impulsen.
- 2.9. Cliënt heeft meer vertrouwen in zichzelf en anderen.
- 2.10. Cliënt heeft meer begrip of empathie voor de slachtoffers van zijn delict.

## **3. Veiligheid binnen en buiten kliniek**

- 3.1. Cliënt brengt mensen binnen de kliniek (personeel en medecliënten) niet in gevaarlijke situaties.
- 3.2. Cliënt brengt mensen buiten de kliniek niet in gevaarlijke situaties.
- 3.3. Cliënt gebruikt geen alcohol of drugs.
- 3.4. Cliënt wordt gecontroleerd op alcohol- en druggebruik, bezit van wapens, etc.
- 3.5. Cliënt voelt zich veilig binnen de kliniek en in aanwezigheid van medecliënten.
- 3.6. Personeel voelt zich veilig binnen de kliniek.

## **4. Afwezigheid van praktische belemmeringen**

- 4.1. De naam van de kliniek werkt niet stigmatiserend voor cliënten.
- 4.2. Cliënt hoeft niet lang op een wachtlijst te staan.
- 4.3. De kliniek heeft een gunstige geografische ligging.

## **5. Behandelprogramma's**

- 5.1. Cliënt krijgt een concreet individueel behandel- of dagprogramma aangeboden.
- 5.2. Het milieu van cliënt wordt bij de behandeling betrokken.
- 5.3. Het behandelprogramma biedt cliënt voldoende structuur.
- 5.4. Het behandelprogramma is voldoende flexibel om te worden toegesneden op het individuele probleem- en delictgedrag van cliënt.
- 5.5. De behandeling is toegankelijk voor vrouwen, jongeren, allochtonen, werkenden.
- 5.6. Er is goede nazorg.
- 5.7. Er vindt effectmeting plaats van de behandelmethoden.

## **6. Intake en indicatiestelling**

- 6.1. Er zijn objectief formuleerbare criteria van inclusie en exclusie aangegeven.
- 6.2. Er kan een snelle intake worden gerealiseerd.
- 6.3. Er worden niet te zware eisen gesteld aan de motivatie van cliënt voor behandeling.

## **7. Bezetting**

- 7.1. Er zijn voldoende cliënten. De plaatsen zijn voortdurend bezet.
- 7.2. De wachtlijst voor de kliniek is niet te lang.

## **8. Bekendheid**

- 8.1. De kliniek biedt iets nieuws waar behoefte aan is.
- 8.2. De kliniek staat goed bekend.

## **9. Afstemming met andere voorzieningen**

- 9.1. De kliniek heeft een goede aansluiting bij het veld van de geestelijke gezondheidszorg.
- 9.2. De kliniek heeft een goede aansluiting bij het veld van justitie.
- 9.3. Alle regionale instellingen overleggen regelmatig met elkaar.
- 9.4. Er is sprake van regionale circuitvorming.
- 9.5. Er is sprake van landelijke samenwerking.
- 9.6. Er is geen overlap met het aanbod van andere instellingen.
- 9.7. De kliniek verwijst naar reguliere zorg.

## **10. Tevredenheid van de verwijzers**

- 10.1. De verwijzers zijn gemotiveerd om te verwijzen.
- 10.2. Het behandelaanbod en de resultaten van behandeling van de kliniek voldoen aan de verwachtingen van de verwijzers.
- 10.3. De verwijzers zijn tevreden.
- 10.4. De verwijzers worden goed geïnformeerd over de behandeling en de resultaten van de behandeling.
- 10.5. De verwijzers worden ingelicht bij uitval of vroegtijdige beëindiging van de behandeling.
- 10.6. Bij afwijzing van cliënten worden de verwijzers geïnformeerd over alternatieven.
- 10.7. Er is (crisis)opvang mogelijk door verwijzers.

## **11. Personele tevredenheid**

- 11.1. Het personeel is tevreden over de arbeidsomstandigheden.
- 11.2. Het personeel is tevreden over het beleid van de kliniek.
- 11.3. Het personeel heeft voldoende mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering en interne scholing.
- 11.4. Het personeel voelt zich niet onveilig en onbeschermd.
- 11.5. Het verzuimpercentage is niet hoger dan in vergelijkbare settings.

## **12. Tevredenheid cliënten**

- 12.1. De cliënten zijn tevreden over de leefomstandigheden in de kliniek.
- 12.2. De cliënten zijn tevreden over de wijze van informatievoorziening in de kliniek.
- 12.3. De cliënten zijn tevreden over de wijze van bejegening van de behandelaars.
- 12.4. De cliënten zijn tevreden over het beleid van de kliniek.
- 12.5. De cliënten hebben voldoende medezeggenschap en inspraak via de cliëntenraad.
- 12.6. De cliënten voelen zich niet onveilig in de nabijheid van medecliënten.
- 12.7. Er worden exitinterviews gehouden.
- 12.8. Er is een klachtencommissie.
- 12.9. Er is een patiëntenvertrouwenspersoon.



## Informanten

Groot Batelaar:

- Een arbeidstherapeut.
- Een bewegingsagoog.
- Een maatschappelijk werker.
- Een psycholoog/trajectcoördinator.
- Twee sociotherapeuten.
- Twee unitmanagers.
- Vier leden van de ondernemingsraad.
- Vier bewoners.
- Hoofd beheer en organisatie.
- Hoofd vaktherapieën.
- Algemeen directeur.
- Hoofd behandeling.
- Interimdirecteur.

Extern:

- FPA De Gelderse Roos.
- FPD Arnhem.
- PI Vught Nieuw Vosseveld.
- PSC Scheveningen.
- Reclassering Arnhem.
- Reclassering Den Bosch.
- Reclassering Leeuwarden.
- Reclassering Rotterdam.
- Reclassering Leger des Heils Eindhoven.
- Reclassering Leger des Heils Utrecht.



## Leden begeleidingscommissie

- Mevrouw drs. P.J.M. Broers (voorzitter), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang.
- Mevrouw drs. W. van de Beek, Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, Uitvoeringsbeleid Gevangeniswezen.
- De heer drs. F. Brandsma, Bestuurscommissie Groot Batelaar.
- De heer drs. A.J. Hesselink, Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong.
- De heer prof. dr. B.C.M. Raes, De Meren, MFO Forensische en Intensieve Zorg.
- De heer J.H. Stegeman, Stichting Reclassering Nederland.

D8571777