1. In hoeverre zijn de wetsvoorstellen uitvoerbaar en bieden ze een oplossing voor de maatschappelijke problemen van vandaag?
* Ad 1. Ze bieden een oplossing voor het problem dat veel recidivedelicten voortkomen uit een psychische stoornis van de dader. Detentie leidt niet alleen tot verdere sociale uitsluiting en stigmatisering, maar versterkt de beperkingen van de stoornis en de lijdensdruk omdat detentie geen behandelingsomgeving biedt. D.w.z. geen zorg op maat.
* De uitvoerbaarheid valt en staat met de middelen die aangewend kunnen worden om deze populatie ‘mad & bad’ op te nemen in de daartoe bestemde inrichting. Het staat haaks op de ambulantisering en de krimpende budgetten in de GGZ. Het gaat niet alleen om de dagverpleegprijs, maar of die adequaat is om de te bieden zorg, behandeling en verblijf in een gesloten setting daadwerkelijk te betalen aan de zorgende inrichting.
* Nu bestaan er personeelstekorten, tekort aan opleiding en deskundigheid op de werkvloer en een tekort aan een positieve, uitdagende verblijfsafdeling. Het leerklimaat schiet nu tekort voor deze maxiprobleem groep (dubbel ‘triple criple’: stoornis in de werkelijkheidszin, persoonlijkheidsgestoord, verslavingsvoorgeschiedenis, geen huisadres, zorgmijdend en agressief delinquent).
* Het OM als aanjager en regievoerder/registerhouder kan daar niet tegenop organiseren. Het Veiligheidshuis, maar met de verplichte aanwezigheid van de GGZ (!), is een eerste stap, maar raakt de budgetten niet. Let op, hier komt ook het beroepsgeheim om de hoek! Is hier een taak voor de Inspectie GZ?
1. Zijn de voorgestelde wetsvoorstellen in overeenstemming met de juridische grondbeginselen en houden ze rekening met mensen die in een situatie van ernstig nadeel komen te verkeren?
* Ad 2. Ze zijn in overeenstemming met de juridische grondbeginselen, maar dit netwerk is kwetsbaar vanwege de vele overgangen tussen rechter, OM en geneesheer-directeur en de verlofbeperkende rol van het MV&J. De continuïteit van zorg is niet zozeer een probleem vanuit de behandelaars, de forensisch psychiatrische behandeling is goed omgeschreven en geprotocolleerd in Richtlijnen.
* De continuïteit dient ook juridisch glad te verlopen. De strafrechter geeft ex 2.3 Wfz op elk moment een zorgmachtiging, en op dat moment moet het ook gedaan zijn met het strafrecht. Dan is de civiele rechter aan het woord; natuurlijk blijft de externe rechtspositie gehandhaafd. Ook hier dient te gelden: ‘één dak, één rechtspositie’.
* De taak van de Reclassering als toezichthouder, bijvoorbeeld bij behandelimpasses en ongeoorloofde afwezigheid/weglopen, zal strak geregeld moeten worden om melding/veiligheidstaken en behandeltaken uit elkaar te blijven houden.
* Dat voor elke behandelprobleem(agressief gedrag, stagnatie) weer moet worden teruggegrepen op zorgmachtiging 2.3 Wfz is niet praktisch, tijdrovend (want vaak acute zaken) en frustreert de patiënt, behandeling en de behandelaars. De strafrechter dient in dezen meer ruimte te geven aan de behandelaars en niet teveel de behandeling zelf te willen vormgeven. De rechtspositie van de patiënt is immers voldoende geregeld.
* Er bestaat een probleem aan het einde van de behandeling: de behandelaars vinden iemand uit behandeld en die kan geresocialiseerd worden. Als de Minister om redenen van veiligheid (zeer breed gedefinieerd, want politiek beladen) iemand niet buiten de poort wil hebben, zijn de argumenten van de geneesheer-directeur daar niet tegen opgewassen. Waar moet zo’n patiënt dan heen? Blijven in het behandelklimaat is geen optie (bed bezet, uitzichtloos, negativisme).
* Welke mogelijkheden zijn er om de voorgestelde wetsvoorstellen te verbeteren?
* Ad 3. Zie boven.

Prof. dr. H.J.C. van Marle, psychiater.

Emeritus hoogleraar forensische psychiatrie aan het Erasmus Medisch Centrum en de Erasmus School of Law, Rotterdam.