



VEILIGHEIDSSOCIËTEIT ZHZ

Regionaal platform veiligheid

Mensen met onaangepast gedrag

Een praktijkverkenning

Mei 2012

Inhoud

Inhoud.....	2
Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
Opdracht en werkwijze	7
Knelpunten, een analyse door het praktijkteam	9
De opbrengst van de expertmeeting	14
Aanbevelingen.....	22
Ingezette ontwikkelingen	24
Bijlage 1: Casuïstiek.....	26
Bijlage 2: Geraadpleegde literatuur.....	58
Bijlage 3: Betrokken personen	59
Bijlage 4: Multi Agency Public Protection Arrangements (MAPPA)	61
Bijlage 5: Persbericht wet op de forensische zorg	62
Bijlage 6: Persbericht wetsvoorstel verplichte ggz	63
Bijlage 7: Taskforce Overlast gemeente Dordrecht	64
Bijlage 8: Initiatieven uit andere regio's.....	66
Bijlage 9: Afkortingen	67

Voorwoord

Tijdens de leerhuisbijeenkomst van de Veiligheidsmaatschappij Zuid-Holland Zuid in juni 2011 is stilgestaan bij het thema 'mensen met onaangepast gedrag'. Het betreft veelal mensen met psychische problemen, die langdurig overlast veroorzaken. De omgeving spreekt het openbaar bestuur daarop aan. De burgemeester, verantwoordelijk voor de openbare orde en veiligheid, heeft in die gevallen vaak geen echte oplossing. Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan in een aantal gevallen tijdelijk de overlast laten ophouden. Maar als het al zover komt is de persoon in kwestie vaak snel weer terug en is het wachten op de volgende crisis. Ik heb zo ooit een meer dan zes vuisten dik dossier zien ontstaan. Zonder een oplossing en met spanningen in die omgeving gedurende vele jaren. Dit is in meer of mindere mate herkenbaar voor vele andere collega's.

Reden genoeg voor de bestuurders die bij de leerhuisbijeenkomst aanwezig waren om een verkenning te starten naar passende oplossingen voor deze mensen.

Omdat dit type overlast niet het exclusieve probleem is van één partij, is een praktijkteam gevormd waar lokaal bestuur, politie, OM, GGD en het ministerie van Veiligheid en Justitie in samenwerken. Dit ministerie onderkent het belang van oplossingsrichtingen voor deze doelgroep. Hoewel het een klein aantal mensen betreft, is de overlast die zij veroorzaken en het beroep dat zij doen op de zorg- en strafrechtketen onevenredig groot. De politie in het centrum van Dordrecht geeft bijvoorbeeld aan dat in de zomermaanden 70% van haar inzet is gerelateerd aan overlast. De mensen die in onze praktijkverkenning zijn beschreven veroorzaken een groot deel van deze overlast. Daarnaast betreft het een vraagstuk dat vrijwel overal speelt. Iedere gemeente heeft wel individuen die ondanks langdurige bemoeienis van vele partijen overlast blijven veroorzaken. De inhoudelijke en financiële ondersteuning van het Ministerie heeft deze praktijkverkenning mogelijk gemaakt. Daarvoor mijn waardering.

Tijdens deze praktijkverkenning is gebleken dat de partijen die een rol spelen bij het oplossen van dit vraagstuk zich erg betrokken voelen. Ik wil daarom de leden van het praktijkteam, de betrokken experts en de ervaringsdeskundigen die een bijdrage hebben geleverd hartelijk bedanken. De inzet van Walter van Bennekom, geneesheer-directeur van Yulius wil ik daarbij apart benoemen. Door het kritisch volgen van de stappen die het praktijkteam heeft gezet, het meelezen en becommentariëren van de rapportage en zijn betrokkenheid bij de expertmeeting heeft hij de kwaliteit van deze verkenning helpen bewaken.

Met deze rapportage is de opdracht van het praktijkteam afgerond. Omdat een rapport geen problemen oplost ben ik blij dat verschillende partijen waaronder de gemeente Dordrecht en het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het ministerie van Veiligheid en Justitie interesse hebben getoond voor de conclusies en aanbevelingen. Zij kunnen van oplossingsrichtingen daadwerkelijk oplossingen maken. Het praktijkteam vindt dit een mooie ontwikkeling en hoopt dat de conclusies en aanbevelingen ook op landelijk niveau worden opgepakt.

Willem Gradisen

Wvd. Burgemeester van de gemeente Liesveld

Bestuurlijk trekker van het project 'mensen met onaangepast gedrag'

Samenvatting

'Erken dat er sprake is van een buitencategorie cliënten waarvoor we handelingsverlegen zijn. Zorg desondanks voor continuïteit in de behandeling en begeleiding van deze mensen. Wat nog ontbreekt, is een passende juridische titel op basis waarvan niet-vrijwillige zorg langdurig kan worden ingericht en een trajectfinanciering voor de complexe begeleiding van deze cliënten.'

Iedere gemeente kent enkele individuen die ondanks de gezamenlijke inspanningen van de zorgketen en de strafrechtketen langdurig ernstige overlast veroorzaken. Hoewel door de verbeterde samenwerking tussen deze ketens voor veel mensen een passend traject is gevonden, blijft een klein aantal mensen buiten het bereik van effectieve zorg of beheersing.

Een praktijkteam heeft in deze verkenning op basis van zeven casusbeschrijvingen uit de regio Zuid-Holland Zuid in beeld gebracht wat de achterliggende oorzaken zijn van het uitblijven van resultaat.

Knelpunten

Uit de casuïstiek zijn door het praktijkteam vier categorieën knelpunten gedestilleerd:

Persoonsgebonden knelpunten:

- multiproblematiek
- slecht behandelperspectief
- onvoldoende behandelmotivatie, moeilijk te handhaven in een instelling
- zorgmijding

Organisatorische knelpunten:

- geen passende voorziening beschikbaar binnen de regio
- wetgeving biedt geen mogelijkheid om gedwongen te behandelen indien er geen of slechts lichte strafbare feiten gepleegd zijn
- financiering van de zorg is zo ingericht dat het aanwenden van de noodzakelijke hulp uit verschillende voorzieningen belemmerd wordt

Knelpunten die voortkomen uit het sociale systeem van de overlastgever:

- familie helpt het probleem in stand te houden door financiële en/of praktische ondersteuning, van hen kan niet verwacht worden deze hulp te staken
- het sociale systeem van de persoon in kwestie bevat geen protectieve factoren meer

Knelpunten in het maatschappelijk functioneren:

- schulden
- sociaal isolement
- gebrek aan vaardigheden voor het organiseren van een huishouden

Oplossingsrichtingen

In een expertmeeting hebben gezaghebbende deskundigen uit verschillende disciplines met elkaar gediscussieerd over oplossingsrichtingen voor de benoemde knelpunten. De oplossingsrichtingen die aangedragen zijn bevatten zowel mogelijkheden voor het doelmatiger aanwenden van het bestaande instrumentarium als een pleidooi voor buitengewone maatregelen voor deze buitengewone categorie mensen. De experts pleiten ervoor te erkennen dat het hier gaat om een 'buitencategorie' mensen. Deze mensen hebben, nog meer dan anderen, continuïteit in zorg en begeleiding nodig. De ontwikkeling van passende juridische titels en de mogelijkheid voor trajectfinanciering zou de nodige continuïteit van de zorg faciliteren

Oplossingsrichtingen op basis van bestaande instrumenten

- De experts pleiten voor het vormen van een team van hulpverleners en begeleiders om de cliënt. Door de complexiteit van de problematiek moet in een dergelijk team de expertise van verschillende partijen gebundeld zijn. Daarnaast hebben de teamleden elkaar nodig voor ondersteuning en opvang. Het begeleiden van dergelijke cliënten is voor de individuele hulpverlener door het slechte behandelperspectief en het veelal aanwezig zijn van een persoonlijkheidsstoornis een zware belasting. Regie op de aanpak waardoor alle verschillende partijen samenhangen werken is een voorwaarde. De Assertive Community Treatment¹ (ACT) is een voorbeeld van een dergelijke aanpak.
- Planmatig werken op basis van gevalideerde interventies is voor alle patiënten van belang. Voor deze extreem moeilijke cliënten is dit echter nog wezenlijker. Een aanpak moet gebaseerd zijn op een risicotaxatie, bewezen interventies die aansluiten bij de geïdentificeerde problemen en een samenhangende uitvoering door alle betrokken partijen. Binnen de forensische psychiatrie is ervaring met risicotaxaties en netwerkanalyses voor vergelijkbare patiënten. Voor deze cliënten is het extreem belangrijk hen niet los te laten als een aanpak niet direct het gewenste effect heeft of wanneer er sprake is van een terugval.
- Inzetten van het sociale systeem van de cliënt is in een dergelijke planmatige aanpak een interventie waar meer gebruik van gemaakt kan worden. Voorwaarde hiervoor is dat het sociale systeem van de cliënt nog enige protectieve kracht bezit. In gevallen waar dit niet langer het geval is en de omgeving van de cliënt uitsluitend risicofactoren met zich meebrengt is het aan te bevelen te proberen de cliënt los te weken uit dit systeem en hiervoor een nieuwe sociale buffer in de plaats te brengen.
- Voor het bereiken van cliënten die zorg mijden en niet gemotiveerd zijn voor behandeling is het nodig het bestaande instrumentarium dat de BOPZ en het strafrecht bieden offensief in te zetten. Er kan in dergelijke uitzonderlijke gevallen offensief gebruik gemaakt worden van middelen als curatele, de verschillende machtigingen die de BOPZ biedt en het plaatsen van cliënten in een

¹ ACT wordt geboden door een hecht samenwerkend team dat cliënten een totaalpakket van de best beschikbare behandeling, rehabilitatie en ondersteuning verschaft. Het team fungeert als één loket voor de cliënt, familie, netwerk, hulpverleners en maatschappelijke dienstverleners.

Inrichting voor Stelselmatige Daders of een Penitentiair Psychiatrisch Centrum in strafrechtelijke trajecten.

Oplossingsrichtingen die ontwikkeling van nieuwe instrumenten vereisen

- Voor zorgmijdende mensen die door de aard van hun problematiek (persoonlijkheidsstoornis, verstandelijke beperking, geïnternaliseerde verslaving) geen goed behandelperspectief hebben, zijn niet de juiste juridische titels beschikbaar om de nodige zorg en begeleiding desnoods onvrijwillig op te leggen. Titels in het kader van de BOPZ dienen een behandeldoel en zijn tijdelijk van aard. Beide omstandigheden sluiten niet aan bij deze categorie mensen. De mogelijkheid om binnen het strafrecht door middel van bijvoorbeeld een ISD maatregel iemand te behandelen is ook van tijdelijke aard. De experts pleiten ervoor om te erkennen dat in deze gevallen sprake is van een buitencategorie cliënten bij wie de problematiek niet oplosbaar maar hooguit beheersbaar is. Een juridisch titel die langdurige zorg en begeleiding, ook op niet-vrijwillige basis, mogelijk maakt helpt bij het creëren van een passend vangnet voor deze mensen. Om stappen te nemen voor het verbeteren van de zorg en het terugdringen van de overlast, is op landelijk niveau inzicht in de aard en omvang van deze buitencategorie nodig.
- Eén budget voor de zorg en begeleiding die de cliënten in de buitencategorie nodig hebben verbetert de samenhang in de aanpak. De wijze waarop de zorgfinanciering is ingericht sluit niet aan bij de zorg- en begeleidingsnoodzaak van deze cliënten. Zij hebben veelal voorzieningen nodig uit zowel de AWBZ, de ZVW, de WMO, forensische zorg en maatschappelijke voorzieningen als huisvesting en een uitkering. Door de verkokerde wijze waarop deze voorzieningen zijn ingericht is het vrijwel ondoenlijk een passend traject voor de meest complexe cliënten in te richten. De experts geven aan dat trajectfinanciering vanuit een budget dat is gekoppeld aan de cliënt de aanpak in deze gevallen zou vereenvoudigen. Indien budget en regie over de aanpak in één hand komen te liggen is het makkelijker een samenhangend traject met meerdere partijen in te richten. Partijen die met de ontwikkeling van trajectfinanciering aan de slag willen hebben de ruimte nodig hiermee te experimenteren.

Initiatieven die een relatie hebben met de praktijkverkenning

Naar aanleiding van of parallel aan deze praktijkverkenning zijn er verschillende initiatieven die inhoud geven aan de genoemde oplossingsrichtingen:

- De gemeente Dordrecht start een samenwerking met het zorgkantoor en een ziektekostenverzekeraar om de mogelijkheden voor trajectfinanciering verder te onderzoeken.
- Het veiligheidshuis Rotterdam ontwikkelt een zorgcarroussel die ook de moeilijkst plaatsbaren van continue zorg voorziet.
- Het Leger des Heils ontwikkelt een proef waarbij zeer moeilijk plaatsbare cliënten onder voorwaarden onderdak krijgen met intensieve begeleiding in de beginfase.

Opdracht en werkwijze

De opdracht

Het doel van het project is het verkennen van oplossingsrichtingen voor mensen die door onaangepast gedrag overlast veroorzaken en waarvoor het niet lukt een passend interventietraject vorm te geven.

De Veiligheidsmaatschappij Zuid-Holland Zuid heeft hiervoor de samenwerking gezocht met het ministerie van Veiligheid en Justitie. Het ministerie levert een financiële bijdrage en een inhoudelijke bijdrage aan een praktijkteam dat de verkenning uitvoert. In het praktijkteam zijn de gemeente Dordrecht, de politie, het OM, de GGD Zuid-Holland Zuid en de Veiligheidsmaatschappij Zuid-Holland Zuid vertegenwoordigd. De heer Gradisen, waarnemend burgemeester van de gemeente Liesveld, is bestuurlijk trekker van dit project. De mensen die meegewerkt hebben aan de realisatie van deze praktijkverkenning zijn opgenomen in bijlage 3.

Het beoogde resultaat van het project is een rapportage met oplossingsrichtingen. De rapportage biedt partijen die bij de aanpak van nootore overlastgevers betrokken zijn een handvat om ook in de moeilijkste gevallen tot een passende aanpak te komen.

Probleembeschrijving

In het praktijkteam is eerst nauwkeurig aangegeven welke groep mensen nu precies het onderwerp van deze verkenning is. Er is de laatste jaren veel verbeterd in de aanpak van overlast door de toegenomen samenwerking tussen de zorgketen en de strafrechtketen. In de regio Zuid-Holland Zuid is dit vormgegeven in het Veiligheidshuis, de Centrale Toegang van de GGD voor ex-gedetineerden en overlastgevers en de Taskforce Overlast van de gemeente Dordrecht. Meer informatie over de Taskforce (die vanuit centrumgemeente Dordrecht beschikbaar gemaakt wordt voor de regio) is te vinden in bijlage 7. De verbeterde samenwerking heeft ertoe geleid dat voor veel overlastgevers een passend traject is gevonden. Desondanks blijft er een klein aantal mensen over dat ondanks deze samenwerking erin slaagt langdurig overlast te blijven veroorzaken. Deze kleine groep mensen die wel veel overlast veroorzaakt en een onevenredige inspanning van instanties afdwingt is het onderwerp van de praktijkverkenning.

Casuïstiek

Om de kenmerken van deze groep mensen in beeld te krijgen heeft het praktijkteam ervoor gekozen een aantal casussen uit de regio te beschrijven. De casuïstiek is terug te vinden in bijlage 1. Hiervoor is aan de gemeenten in de regio de vraag gesteld of zij binnen hun gemeentegrenzen mensen hebben:

- die langdurig overlast veroorzaken voor de gemeenschap;
- die ondanks (pogingen tot) interventies geen verbetering vertonen;
- waarvan betrokken partijen niet meer weten wat nog een effectieve aanpak zou kunnen zijn.

Na het beoordelen van de casussen op de bovenstaande criteria, een goede spreiding over de regio en diversiteit van problematiek, zijn zeven verhalen uitgewerkt. De nodige informatie is aangeleverd door de GGD Zuid-Holland Zuid, Yulius, Politie Zuid-Holland-Zuid, het Openbaar Ministerie en in één geval de burgemeester van de betreffende gemeente.

Knelpunten analyse

Na het beschrijven van de casuïstiek is door het praktijkteam een analyse gemaakt van de oorzaken die ten grondslag liggen aan het niet succesvol zijn van de aanpak. Uit de verschillende verhalen heeft het praktijkteam vier rode draden gedestilleerd, die in vier categorieën van knelpunten zijn ondergebracht.

Expertmeeting

Bij deze knelpunten zijn gezaghebbende deskundigen gezocht die tijdens een expertmeeting op 26 maart 2012 met elkaar in discussie zijn gegaan over de oplossingsrichtingen. Per knelpunt zijn de oplossingsrichtingen besproken. De schriftelijke weergave van de opbrengst van de expertmeeting is ter toetsing aan de deelnemende experts voorgelegd.

Rapportage

Met behulp van de informatie uit de expertmeeting zijn de oplossingsrichtingen uitgeschreven in deze rapportage. Een set aanbevelingen vat de mogelijkheden samen. In de aanbevelingen is onderscheid gemaakt tussen aanbevelingen waar partijen met het bestaande instrumentarium direct mee aan de slag kunnen en aanbevelingen voor het ontwikkelen van nog niet bestaande voorwaarden voor een meer succesvolle aanpak.

Bijvangst

In de loop van het project is het praktijkteam gestuit op inspirerende initiatieven in binnen- en buitenland met betrekking tot de aanpak van notoire overlastgevers. Een verwijzing naar informatie over een aantal van deze initiatieven is in de bijlagen opgenomen

Overdracht

Hoewel dit buiten het bereik van de opdracht aan het praktijkteam valt zijn er verschillende partijen die tijdens de praktijkverkenning hebben aangegeven stappen te willen nemen op basis van de aanbevelingen. Het praktijkteam organiseert als afsluiting van dit project daarom een bestuurlijke bijeenkomst voor de overdracht van het rapport aan deze partijen.

Knelpunten, een analyse door het praktijkteam

Uit de beschreven casuïstiek blijkt dat het de strafrecht- en de zorgketen ondanks herhaalde inspanningen niet lukt samen een passend traject in te richten voor de betrokkenen. Hoewel het heel verschillende verhalen zijn, hebben ze een aantal gemeenschappelijke kenmerken. Er zijn hieruit oorzaken af te leiden die in meerdere casussen bijdragen aan het niet kunnen vinden van de oplossing. Een uitgebreide beschrijving van de casussen is opgenomen in bijlage 1.

Het praktijkteam heeft op basis van de casuïstiek een analyse van de knelpunten gemaakt. Per casus zijn de redenen waarom de aanpak niet van de grond komt of niet succesvol is, op een rij gezet. Door deze lijstjes naast elkaar te leggen zijn de overeenkomsten tussen de casussen in beeld gebracht.

Regie als voorwaarde voor een succesvolle aanpak

Een belangrijke voorwaarde voor het vinden van een oplossing in het geval van hardnekkige overlast door een individu, is een instantie of persoon die regie houdt op de interventies die worden ingezet. Zonder regie is het probleem van iedereen en daarmee van niemand. Partijen kunnen dan, zonder daarover op één of andere manier verantwoording af te leggen, besluiten geen of onvoldoende inzet te plegen. Dit probleem is breed onderkend en op het gebied van ketenregie zijn al flinke stappen gezet. Zo wordt in het Veiligheidshuis de veelplegeraanpak gecoördineerd, via de Centrale Toegang zijn er veldregisseurs voor overlastgevers en ex-gedetineerden en werkt de gemeente Dordrecht aan het inrichten van een procesketen voor de aanpak van overlastgevers in haar Taskforce Overlast. Een korte beschrijving van de werkwijze van de Taskforce is opgenomen in bijlage 7.

Persoonlijke inzet van betrokken deskundigen blijkt een belangrijke succesfactor te zijn. Als de regie is georganiseerd blijven er echter nog steeds gevallen over waarin het niet lukt een passend traject te organiseren. De knelpunten die daar debet aan zijn, zijn het onderwerp van dit onderzoek.

Knelpunten

De knelpunten uit de beschreven casuïstiek zijn onder te verdelen in de volgende categorieën:

- **Persoonsgebonden knelpunten:** Knelpunten die inherent zijn aan de persoon, de complexe psychische problematiek maakt dat hij of zij moeilijk in een juist traject te krijgen is.
- **Organisatorische knelpunten:** Knelpunten die voortkomen uit de wijze waarop de strafrecht- en zorgketen georganiseerd zijn.
- **Omgevingsknelpunten:** Knelpunten die voortkomen uit het sociale systeem waarin de betreffende persoon verkeert.
- **Knelpunten in het maatschappelijk functioneren.**

Persoonsgebonden knelpunten

Multiproblematiek

De casuïstiek laat zien dat de betreffende personen kampen met ernstige problematiek op meerdere gebieden. Verslaving, psychiatrische ziektebeelden, persoonlijkheidsstoornissen en een verstandelijke beperking worden in verschillende combinaties aangetroffen. In de beschreven casuïstiek leidt multiproblematiek tot de volgende knelpunten:

Geen passend behandelaanbod

Door de multiproblematiek is het moeilijk een passend traject voor de betreffende persoon te vinden. De instelling die de verslaving behandelt, kan niet omgaan met een persoonlijkheidsstoornis waardoor een cliënt groepsongeschikt is. De instelling die de psychiatrische problemen kan behandelen, is niet ingericht op omgaan met agressie en voor een verslaafde cliënt met een verstandelijke beperking zijn veel behandelingen te hoog gegrepen. De vraag naar behandeling of zorg van de mensen uit onze casuïstiek is in een aantal gevallen dusdanig specifiek dat het niet haalbaar is om daar regionaal voorzieningen voor in te richten.

Een belangrijk aspect van de multiproblematiek is vaak het ontbreken van vaardigheden bij de betreffende personen. Cliënten zijn langdurig in staat het ontbreken van vaardigheden te maskeren. Bij cliënten waar de zorg- of strafrechtketen al wel contact heeft weten te maken worden vaardigheden niet of pas in een laat stadium in beeld gebracht. Interventies struikelen in dergelijke situaties bij herhaling omdat de betrokken persoon simpelweg niet in staat is om bijvoorbeeld op tijd op een afspraak te verschijnen of een formulier in te vullen.

Slecht behandelperspectief

Persoonlijkheidsstoornissen, een verstandelijke beperking of een zeer zware verslaving zijn voorbeelden van niet of slechts zeer moeizaam te behandelen zaken. Personen die binnen hun combinatie van problemen kampen met één van deze zaken hebben een slecht behandelperspectief. De zorgwereld kent een veelheid van mogelijke oplossingen voor behandelbare problematiek. Voor situaties die niet behandelbaar of oplosbaar zijn, waar het dus voornamelijk gaat om het beheersen van de situatie, zijn voorzieningen veel schaarser.

Cliënten zijn niet of moeilijk te handhaven in een instelling

Cliënten vertonen gedrag dat voor de hulpverleners en de andere cliënten zeer belastend is. Met name agressie en het niet kunnen functioneren in een groep zijn problemen die in een behandelsetting zeer ontwrichtend zijn voor zowel de andere cliënten als het personeel van de instelling. Na enkele weken of maanden wordt de behandelrelatie dan ook vaak weer beëindigd, voordat de behandeling daadwerkelijk is afgerond. Het initiatief kan hierbij zowel uitgaan van de cliënt als de instelling. Er is dan geen alternatief beschikbaar en de cliënt komt weer op straat.

Zorgmijding/onvoldoende behandelmotivatie

Uit de casuïstiek komt naar voren dat mensen lange tijd, succesvol zorg kunnen mijden. Daklozen verschijnen eenvoudigweg niet op afspraken en cliënten die thuis bezocht worden, doen de deur niet open. Als er wel een gesprek tot stand komt, heeft een cliënt alle gelegenheid om een aangeboden behandeling te weigeren. Vooral bij mensen die geen inzicht hebben in bijvoorbeeld hun ziektebeeld of de mate van overlast, is dit problematisch.

Zolang deze mensen buiten het bereik van het strafrecht blijven, is deze route niet bruikbaar om hen in een traject te krijgen. Als zij uitsluitend overlast veroorzaken maar voor de rechter onvoldoende aangetoond kan worden dat zij een gevaar voor zichzelf of de omgeving zijn, zijn ook de mogelijkheden van de BOPZ beperkt.

Daarnaast is van veel cliënten de behandelmotivatie onvoldoende. In casus 1 is bijvoorbeeld sprake van een borderlinepersoonlijkheidstoornis. Als deze cliënt in een crisis enkele dagen is opgevangen en tot rust is gekomen wil hij weer weg. In casus 2 is sprake van een dusdanig geïnternaliseerde alcoholverslaving dat de cliënt bij de eerste de beste verlofmogelijkheid in een behandel situatie buiten alcohol drinkt. De betrokken instanties zijn het erover eens dat deze persoon nooit meer zonder alcohol zal kunnen functioneren.

Organisatorische knelpunten

Organisatorische grenzen

Andere regio's zitten niet op 'onze' moeilijke cliënten te wachten

De casuïstiek die is beschreven, betreft bijzonder complexe problemen. Vaak is voor deze specifieke gevallen geen passende opvang beschikbaar in de regio. Zolang er nog sprake is van een behandeling die gefinancierd wordt uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) kan een beroep gedaan worden op voorzieningen elders in het land. In veel van de in de casuïstiek beschreven gevallen zal er echter sprake zijn van een langdurige, wellicht levenslange, situatie van begeleid wonen.

Voor daklozenopvang geldt het principe van regiobinding. Men moet ingeschreven zijn in de gemeente waarin men opgevangen wordt. Het langdurig onderbrengen van een dakloze in een andere regio omdat daar een beter passende voorziening voorhanden is lukt dus niet. Daarnaast zijn de meeste van deze voorzieningen voor maximaal een jaar beschikbaar. Zij worden door de gemeente gefinancierd uit de WMO. Na deze periode moet een structurele oplossing gevonden zijn die niet meer uit de WMO betaald wordt.

Cliënten in een vorm van begeleid wonen kunnen vaak aanspraak maken op een uitkering in het kader van de WWB (Wet Werk en Bijstand). Ook deze kosten komen voor rekening van de gemeente waar de voorziening zich bevindt. Financieel is het voor gemeenten dus onaantrekkelijk om mensen uit andere regio's op te nemen die langdurig zorg behoeven.

Het buiten de regio plaatsen van mensen met een complexe en langdurige vraag naar zorg en begeleiding wordt door al deze omstandigheden gefrustreerd.

Complexe financiering belemmert de samenwerking

De geldstromen in de trajecten van de beschreven casuïstiek zijn veelal complex. Op basis van een Diagnose Behandel Combinatie krijgt een behandelinstelling financiering voor behandeling. Als de problematiek dusdanig complex is dat één behandelinstelling niet het hele scala aan problematiek kan omvatten wordt het inschakelen van andere partijen niet gefinancierd. De behandeling kan uit de AWBZ of door een zorgverzekeraar vergoed worden. Voor begeleiding of maatschappelijke opvang moet aanspraak gemaakt worden op middelen van de betreffende centrumgemeente in het kader van de WMO. Voor uitkeringen zijn de cliënten afhankelijk van de gemeente en of het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Met de aanstaande transities in de jeugdzorg, de AWBZ-begeleiding en de Wet Werken naar Vermogen, komt ook daar een grotere rol en verantwoordelijkheid bij gemeenten te liggen. Indien er sprake is van behandeling op strafrechtelijke titel komt financiering door het Ministerie van Veiligheid en Justitie in beeld. Net als in de jeugdzorg zijn ook in deze casus vaak vele partijen betrokken die ieder op basis van eigen relevante wet- en regelgeving hun aandeel moeten zien te bekostigen. De gescheiden geldstromen belemmeren de samenwerking die noodzakelijk is om in de beschreven gevallen een passende aanpak mogelijk te maken en de overlast te reduceren.

Juridische grenzen

In de wetgeving is de autonomie van mensen een groot goed. Opsluiten is het laatste redmiddel. Voor het vastzetten van mensen via een strafrechtelijke route moeten er eerst strafbare feiten van enig gewicht gepleegd zijn. In de beschreven casuïstiek is meerdere keren aan de orde dat mensen veel overlast veroorzaken op een wijze dat er geen sprake is van een ernstig strafbaar feit. Ze blijven binnen de grenzen van een overtreding. Het opbouwen van een dossier op basis waarvan justitie eventueel om een ISD maatregel (Inrichting voor Stelselmatige Daders) kan verzoeken is daarmee een kwestie van een lange adem.

Voor het verkrijgen van een rechterlijke machtiging om iemand op te laten nemen in een behandelinrichting moet sprake zijn van gevaar voor de betrokkene of zijn omgeving. Indien dit niet het geval is wordt de zaak terugverwezen naar de ambulante hulpverlening

Geografische grenzen

De grenzen van de strafrechtregio en de zorgregio komen in de beschreven casuïstiek niet altijd overeen. In de regio Zuid-Holland Zuid betreft het de Hoeksche Waard. Op het gebied van veiligheid valt dit gebied onder de regio Zuid-Holland Zuid en het arrondissementsparket Dordrecht. Op het gebied van de GGZ valt dit gebied onder Spijkenisse en is het afhankelijk van voorzieningen in de regio Rotterdam Rijnmond.

Waar binnen Zuid-Holland Zuid de spelers uit de strafrecht- en de zorgketen elkaar kennen en weten te vinden in bijvoorbeeld het Veiligheidshuis, is dat met de combinatie van Zuid-Holland Zuid en Rotterdam Rijnmond veel minder het geval. Voor behandelinstellingen geldt dat er vaak twijfel is aan de regiobinding van cliënten uit de Hoeksche Waard en dat dit drempels opwerpt voor een opname.

Knelpunten die voortkomen uit het sociale systeem van de betrokkene

In meerdere casussen is er sprake van dat de naaste familie van de betrokkene een bijdrage levert aan het in stand houden van het probleem. Zij ondersteunen iemand als de schulden dusdanige oplopen dat er bijvoorbeeld een uit huis zetting dreigt. Tegelijkertijd doet de familie een beroep op instanties voor hulp. Door het zorgmijdende gedrag van de betrokken persoon en het feit dat de problemen door de naaste familie toch weer worden opgelost voor ze echt escaleren is het niet mogelijk voor hulpverlening om in contact te komen met de cliënt. Van ouders en naaste familie kan echter tegelijkertijd niet gevraagd worden hun naaste in gevaar te laten komen of te laten verkommeren.

Knelpunten in het maatschappelijk functioneren

Schulden

In verschillende van de beschreven casus is sprake van een schuld of onvoldoende inkomen om vaste lasten te betalen. Als familie of omgeving dan niet bijspringt ontstaat snel een schuldsituatie.

Sociaal isolement

Ten gevolge van de problematiek waar de betreffende personen mee te kampen hebben zijn zij vaak sociaal geïsoleerd of verkeren zij in een omgeving (drugscene, alcoholgebruikers) die de problemen waar zij mee te kampen hebben versterken.

Te kort schieten in praktisch functioneren

Ten gevolge van de problematiek zijn mensen niet langer in staat een huishouden te voeren. Dit kan betekenen dat mensen niet weten hoe zij betalingen moeten doen, hoe een verzekering af te sluiten of een meterstandenkaart in te vullen. Ook het schoon en opgeruimd houden van een woning kan een te grote taak zijn.

In situaties waarin betrokkenen onder voorwaarden een woning krijgen of een behandeling ondergaan kan dit betekenen dat de voorwaarden snel weer overtreden worden. De cliënt staat vervolgens weer op straat of de behandeling wordt gestopt.

In de gevallen waar dit mede het gevolg is van een onoplosbaar probleem (verstandelijke beperking, niet op te lossen verslaving, persoonlijkheidsstoornis) is er geen perspectief dat de betrokkenen ooit nog zonder enige vorm van begeleiding een huishouden kan beheren.

De opbrengst van de expertmeeting

De knelpunten uit de beschreven casuïstiek zijn op 26 maart 2012 in een expertmeeting besproken. Het doel van deze bijeenkomst was oplossingsrichtingen vinden voor de door het praktijkteam verzamelde knelpunten.

Aan de expertmeeting is door een zeer diverse groep experts deelgenomen. De discussie had een levendig karakter. Aan tafel zaten:

- Drs. Y.W. Choy, organisatieadviseur, psycholoog en psychotherapeut
- Drs. E.C.J.E. Czyzewski, voorzitter van de Raad van Bestuur van Bouman GGZ
- Prof. Dr. F. L. Leeuw, directeur van het WODC, hoogleraar Recht, Openbaar Bestuur en Sociaal wetenschappelijk onderzoek
- Prof. Dr. H.J.C. van Marle, hoogleraar forensische psychiatrie
- Prof. Dr. C. L. Mulder, hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- Dr. R. Prins, directeur van AStri beleidsonderzoek en -advies

De experts herkenden de knelpunten die het praktijkteam had benoemd. Wat enkele experts opviel was dat in een aantal casussen de discontinuïteit van de hulpverlening erg groot was. De betreffende cliënten zijn met veel verschillende instanties en hulpverleners in contact geweest.

Het viel een aantal experts op dat in de knelpunten het sociale steunsysteem van deze mensen als belastend is betiteld. Zij pleitten ervoor juist de positieve mogelijkheden van een sociaal systeem te benoemen. Van ouders kan niet verwacht worden dat zij toekijken hoe hun (volwassen) kind zichzelf in gevaar brengt. Dit kan inderdaad betekenen dat zij door hun ondersteuning ervoor zorgen dat een situatie niet dusdanig uit de hand loopt dat dwang in de zorg kan worden toegepast. Daar staat tegenover dat zij vaak het laatste sociaal kapitaal zijn dat deze mensen nog hebben.

In de expertmeeting zijn de knelpunten één voor één besproken. De opbrengst van deze discussie is in de volgende paragraaf kort weergegeven. In de discussie kwamen al snel twee overkoepelende thema's naar voren. Het gaat hier om een *buitencategorie* cliënten die vraagt om andere juridische titels en een andere vorm van financiering om de *continuïteit* van de zorg en begeleiding die nodig is voor overlastreductie te realiseren.

De thema's 'continuïteit' en 'buitencategorie' zijn na de beschrijving van de opbrengst per knelpunt verder uitgewerkt.

De opbrengst per knelpunt

Persoonsgebonden oplossingsrichtingen

Voor deze uitzonderlijk moeilijke casuïstiek is continuïteit in de behandeling van het grootste belang. Door het wantrouwen dat deze groep mensen heeft ontwikkeld tegen hulpverlening is het belangrijk langdurige bemoeienis door een team van vaste gezichten te realiseren. Ook voor de hulpverleners en begeleiders is dit van belang; het omgaan met deze mensen is niet makkelijk waardoor een eenling een groot risico loopt snel gedemotiveerd te raken.

Om deze categorie cliënten langdurig te kunnen volgen is het nodig dat één partij bepalend is in de aanpak. De regie hoort te liggen bij de instelling of organisatie die het grootste deel van de problematiek behandelt. Gezien de aard van de multiproblematiek zal dit vaak de verslavingszorg of een GGZ instelling zijn.

Voor de voorspelbaarheid en effectiviteit van de aanpak is het nodig om planmatig te werken. Diagnostiek en interventies op basis van bewezen methodieken vormen hierbij de basis. Door het werken op basis van een gezamenlijk behandelplan en het regelmatig volgen van de voortgang weten de betrokken instanties wat er van hen verwacht wordt. Bij een planmatige aanpak is het ook mogelijk nieuwe ontwikkelingen (bijvoorbeeld op het gebied van biomarkers en neurometingen) in te zetten zodra de praktische toepasbaarheid zich heeft bewezen.

De ontwikkelingen op het gebied van biofactoren in relatie tot antisociaal gedrag richten zich onder meer op biologische parameters (meetbare factoren zoals hormoonspiegels) die iets zeggen over de responsiviteit van individuen voor behandeling. De ontwikkelingen zijn nog niet in een fase dat ze breed inzetbaar zijn in de praktijk. De verwachting is dat dit binnen enkele jaren wel het geval zal zijn. Het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum van het ministerie van Veiligheid- en Justitie coördineert een meerjarenprogramma op dit gebied.

Behandeling voor deze categorie cliënten betekent niet uitsluitend activiteiten gericht op genezing. In een groot aantal van de gevallen is het oplossen van de problematiek niet mogelijk of slechts deels mogelijk. Ook in geval van een situatie van 'handelingsverlegenheid' is het nodig langdurig passende voorzieningen te kunnen treffen op het gebied van wonen, dagbesteding, zorg en begeleiding. Langdurig in dit soort casuïstiek zal meer dan eens levenslang zijn.

Voordat een langdurig contact met deze cliënten tot stand gebracht kan worden moeten instanties ze eerst kunnen bereiken. De bestaande instrumenten die de BOPZ en het strafrecht bieden moeten daarvoor offensief toegepast worden. De mogelijkheden van de observatiemachtigingen, rechterlijke machtiging en voorwaardelijke machtiging en de mogelijkheden binnen de justitieketen van de Inrichtingen voor Stelselmatige Daders en de Penitentiaire Psychiatrische Centra worden vaak nog niet tot het uiterste benut.

Organisatorische oplossingsrichtingen

De categorie cliënten die onderwerp is van deze verkenning laat zich niet inpassen in de huidige systematiek van de zorg. Door de complexiteit van de problemen is er geen diagnose-behandelcombinatie die de lading dekt waardoor passende zorg moeilijk te realiseren is. Door zorgmijding of een geringe behandelmotivatie is dwang en drang in de zorg voor deze cliënten noodzakelijk. Ook bij offensief gebruik kennen juridische titels hun grenzen in het afdwingen van langdurige zorg en begeleiding. Interventies zijn daardoor vaak kortdurend en hebben sterk het karakter

van het 'plakken van een pleister'. Benoemen dat het hier gaat om een buitencategorie cliënten helpt bij het duidelijk maken dat een buitengewone aanpak vereist is. Onderdeel daarvan is het erkennen dat de nodige behandeling en begeleiding in deze gevallen vaak niet leidt tot 'genezing'. Omdat er in deze casuïstiek vaak sprake is van structureel wangedrag is ook het beheersbaar maken van de situatie al een positieve uitkomst.

Omdat bij deze cliënten het behandelen van één ziektebeeld of het aanpakken van één maatschappelijk probleem niet effectief is, is het nodig een trajectaanpak met samenhangende maatregelen te ontwikkelen. Eén instantie heeft de regie over het traject en er is een trajectbudget beschikbaar waaruit alle nodige interventies bekostigd kunnen worden.

Oplossingsrichtingen voor het sociale systeem

In de categorie cliënten die onderwerp is van deze verkenning is het belangrijk onderscheid te maken tussen de cliënten die een sociaal systeem hebben waar nog kracht in zit en cliënten die geen sociaal systeem hebben of een systeem dat overwegend negatieve invloed uitoefent. De doelgroep bezit vaak opmerkelijk weinig sociaal kapitaal.

Voor situaties waarin het systeem nog in staat is positieve kracht op te brengen bestaat de aanpak volgens de systeemtheorie uit drie stappen:

- Ouders en gezinsleden 'ontschuldigen'. Erken dat de situatie ook voor hen buitengewoon vervelend is.
- Gezinsleden betrekken bij de definiëring van het probleem. Zij zien vaak het probleem buitengewoon scherp. Het is de moeite waard naar hen te luisteren.
- Investeren in wat het systeem nog kan betekenen. Voorbeelden zijn 'eigen kracht' bijeenkomsten waarin een zo groot mogelijke cirkel om de cliënt (betrek hier bijvoorbeeld ook grootouders en ooms en tantes bij) de krachten bundelt.

Met name ouders moeten ondersteund worden in de situatie dat er nog kracht in het systeem zit. Verschillende therapieën en methoden zijn erop gebaseerd het sociaal kapitaal dat de cliënt nog heeft in beeld te brengen en te versterken. Voorbeelden hier van zijn de forensische sociale netwerkanalyse die indicaties geeft welke maatregelen op korte en lange termijn nodig zijn om de kans op recidive te verkleinen². In de jeugdzorg zijn therapieën in gebruik die zich richten op de gezinsrelaties van jongeren met ernstig probleem gedrag (Functional Family Therapy) of naast het gezin ook op andere sociale systemen als vrienden, school of de buurt (Multi Systeem Therapie). De experts uit de expertmeeting zijn het erover eens dat, indien er kracht zit in het systeem van de cliënt deze aangewend moet worden. Als voorbeeld van een gestructureerde manier om het eigen netwerk aan te boren is de Eigen Kracht Conferentie³ genoemd. Waar hulpverlening en interventies zich veelal richten op het individu is het probleem ingebed in het netwerk van de cliënt en niet alleen een probleem van de cliënt zelf.

In de categorie mensen die onderwerp zijn van deze praktijkverkenning is ook met regelmaat sprake van een systeem dat geen sociaal kapitaal vertegenwoordigt. Middelengebruik, geweld en criminaliteit zijn hierin zo oververtegenwoordigd dat er geen aanspraak meer gedaan kan worden op positieve effecten

²Sociale netwerk analyse in het tbs systeem, Justitiële verkenningen, jrg. 34, nr 5, 2008

³ Tijdens een Eigen Kracht-conferentie maakt de cliënt samen met familie en bekenden een plan voor de toekomst. De voorbereiding en uitvoering van een conferentie wordt begeleid door een onafhankelijke coördinator. <http://www.eigen-kracht.nl>, geraadpleegd 28 mei 2012.

van dit systeem. Dan kan geprobeerd worden de cliënt los te weken uit het oude systeem en er een nieuw sociaal systeem omheen te bouwen. Hiervoor is langdurige en intensieve begeleiding nodig.

Het systeem van de cliënt gaat in deze gevallen verder dan de familie- en vriendenkring. Ook ondersteuning vanuit instanties is noodzakelijk. De cliënten hebben vaak niet de vaardigheden om te kunnen gaan met moeilijke brieven van instanties, wegvallen van dagbesteding of ander dagelijks ongemak. In de buffer die rondom de cliënt wordt gebouwd is het nodig deze schommelingen in de leefwereld van de cliënt voor te zijn.

Oplossingsrichtingen voor het maatschappelijk functioneren

Langdurige maatregelen voor het ondersteunen van het maatschappelijk functioneren van deze cliënten (denk bijvoorbeeld aan onder curatele stellen) worden nog weinig ingezet. De financiële problemen waar deze cliënten mee kampen zijn veelal onoplosbaar. Het inzetten van de aanpak van schulden als beloning voor het toestemmen in een therapie of het accepteren van andere vormen van begeleiding kan een middel zijn toch in contact te komen met mensen die langdurig zorg mijden. Het uitgangspunt is daarbij dat een actie van de cliënt die bijdraagt tot verbetering van de situatie beloond wordt. Een zinvolle dagbesteding, binnen de mogelijkheden van de cliënt, is motiverend. Het koppelen van therapietrouw of enige vorm van (sociale) arbeid aan het ontvangen van een uitkering of het terugdringen van schulden kan helpen deze motivatie te realiseren.

De dagbesteding voor deze cliënten heeft over het algemeen wel kaders nodig die de capaciteiten van sociale werkplaatsen te boven gaan. In deze gevallen zijn vaak veel meer beheersingsmaatregelen noodzakelijk. Binnen het justitiële kader beoogt de ISD maatregel dit al. Voor de GGZ is de langdurig verblijf instelling in Beilen een voorbeeld waar dit principe tot uitdrukking wordt gebracht.

In Scandinavië is ervaring opgedaan met de aanpak van mensen met multiproblematiek in relatie tot hun terugkeer tot de arbeidsmarkt. Daar is gekozen voor een radicale aanpak waarbij zowel budget als regie op de casuïstiek is ondergebracht bij één partij. Deze partij heeft de opdracht om het traject vorm te geven waarmee de cliënt begeleid wordt richting werk. Andere instanties dragen onder deze regie en op basis van dit budget bij aan het traject.

Een tweede facet van dit Scandinavische model is een financiële prikkel. Deelname aan het programma levert de cliënt financieel net iets meer op dan niet deelnemen. In Nederland is het goed mogelijk dat dakloze cliënten die hulp en huisvesting weigeren meer geld overhouden dan cliënten die hulp en onderdak accepteren. Daarbij kan de (financiële) consequentie voor het weigeren van hulp per gemeente verschillen.

Continuïteit en erkenning van de 'buitencategorie'

Tijdens het bespreken van de oplossingsrichtingen per knelpunt kwamen twee thema's bij herhaling terug. De thema's 'buitencategorie' en 'continuïteit' worden in deze paragraaf verder uitgediept.

De experts aan tafel waren het er over eens dat de groep cliënten die onderwerp is van deze praktijkverkenning een buitengewoon gecompliceerde groep is. Voor het verbeteren van hun situatie zijn buitengewone maatregelen nodig. Om deze ongebruikelijke stappen mogelijk te maken helpt het om te erkennen dat hier sprake is van een 'buitencategorie'. De experts pleiten voor deze categorie voor juridische titels die langdurige zorg en begeleiding mogelijk maken en een meer samenhangende financiering van de benodigde aanpak.

Voor het stabiliseren van de situatie van deze cliënten is het nodig, ongeacht de weerstand, contact met hen te houden. Dit kan wellicht minimaal zijn in de perioden dat de cliënt er niet voor open staat maar

moet op de achtergrond continue beschikbaar blijven. Iedere opening die in de situatie van de cliënt ontstaat, kan dan direct aangegrepen worden om de nodige maatregelen te nemen.

Tijdens de Expertmeeting zijn zowel de mogelijkheden van bestaande instrumenten besproken als mogelijkheden die nog niet bestaan maar tot het reduceren van de overlast door deze categorie mensen zouden kunnen leiden.

Continuïteit

De casuïstiek schetst een beeld van cliënten waarop binnen de hulpverlening en binnen een strafrechtelijk kader veel behandelaars hun tanden stuk bijten. Door het herhaaldelijk niet kunnen opbouwen van een stabiele hulpverleningsrelatie ontstaat een diep wantrouwen ten opzichte van de (hulpverlening)omgeving.

Een voorwaarde voor een meer succesvol traject voor deze uitzonderlijke categorie cliënten is continuïteit in de begeleiding. De ervaring leert dat wanneer het lukt om enige rust te creëren in het leven van mensen met zeer ernstige gedragsproblemen het beeld verandert. Verharding ten gevolge van de continue stress, die gepaard gaat met bijvoorbeeld leven op straat en verslaving, blijkt een belangrijke oorzaak te zijn voor wat in eerste instantie als psychiatrisch probleem is benoemd. Maar wat is er nodig om deze continuïteit te realiseren?

- *Hulpverlening en begeleiding door een vast team*

Bij deze groep cliënten is per definitie sprake van multiproblematiek waardoor het bundelen van expertise uit verschillende gebieden in een team noodzakelijk is. De partij die inhoudelijk het meest prominente probleem onder zijn hoede heeft, is ook de partij die leidend is bij het opzetten van de gewenste samenwerking. In de expertmeeting kwam de behoefte aan regie op een aanpak door meerdere partijen verschillende keren op tafel. Veelal betekent dit dat de verslavingszorg of de psychiatrie aan zet is. Gezien de aard van de problematiek horen zowel hulpverlening als justitie in het team. Afhankelijk van de casuïstiek zijn ook de uitkeringsinstantie, woningbouwvereniging en andere partijen nodig voor een samenhangende aanpak. Daarnaast biedt een begeleidingsteam ook de betrokken hulpverleners steun. Omdat de perspectieven van deze kleine maar moeilijke groep cliënten niet heel goed zijn, is het afbreukrisico van een eenling die de casus begeleidt te groot, hiervan biedt de casuïstiek de nodige voorbeelden. Door te werken in een team wordt de begeleidingslast gedeeld, zonder dat de cliënt voortdurend met nieuwe hulpverleners wordt geconfronteerd. In de huidige situatie, waarin alle betrokken partijen een duidelijk afgebakende eigen verantwoordelijkheid hebben, vraagt een dergelijke samenwerking veel betrokkenheid en inzet voor een belang dat het belang van de eigen organisatie ruimschoots overschrijdt.

Sinds het begin van deze eeuw is in Rotterdam ervaring opgedaan met ACT (Assertive Community Treatment) en vervolgens FACT (Functie Assertive Community Treatment). ACT wordt geboden door een hecht samenwerkend team dat cliënten een totaalpakket van de best beschikbare behandeling, rehabilitatie en ondersteuning verschaft. Het team fungeert als één loket voor de cliënt, familie, netwerk, hulpverleners en maatschappelijke dienstverleners.⁴ Een belangrijk punt waar verderop in deze paragraaf nog op in wordt gegaan is de zorg dat deze geïntegreerde aanpak niet ondersteund wordt door de versnipperde financiering van de zorg.

⁴ Assertive Community Treatment, bemoeizorg voor cliënten met complexe problemen. 2009, Niels Mulder, Hans Kroon et al.

- *Een gedeeld plan en een lange adem*

Ook bij de categorie cliënten die een slecht behandelperspectief kennen is het van belang planmatig te werken, vooral als dit door een team moet plaatsvinden. Dit betekent dat de activiteiten van verschillende instanties op elkaar afgestemd zijn en zijn vastgelegd in een behandel- of begeleidingsplan dat is gebaseerd op gevalideerde interventies (What Works principes).

Bij de cliënten die onderwerp zijn van deze praktijkverkenning moet daarbij in veel gevallen geconstateerd worden dat hulpverlening niet in staat is met de huidige kennis en kunde het probleem van de cliënt op te lossen. 'Genezing' is in dat geval niet langer een realistisch doel. Het doel verschuift naar het beheersen van de situatie en het hanteerbaar maken van de werkelijkheid voor de cliënt. Het vraagt van instanties enige moed om uit te spreken dat een klein aantal mensen op geen enkele manier in staat is voor zichzelf te zorgen. Deze mensen hebben bescherming nodig tegen de alledaagse realiteit van de buitenwereld.

Risicotaxatie met behulp van gevalideerde instrumenten is een belangrijk hulpmiddel bij het bepalen van deze gezamenlijke aanpak. Voor zowel de cliënt als de betrokken partijen biedt het gezamenlijke punt op de horizon een houvast op die momenten dat de aanpak niet succesvol lijkt te zijn. In de gevallen waarover het hier gaat is dat regelmatig het geval en lijdt een escalatie of terugval vaak tot het loslaten van de cliënt door de instantie waar hij of zij op dat moment in behandeling is. Voor deze mensen moet in het plan voorzien zijn wat er in dergelijke gevallen nodig is om de cliënt niet los te laten. Door bij het opstellen van de plannen gebruik te maken van risicotaxaties wordt geanticipeerd op deze situaties.

Stressreductie door continuïteit in de begeleiding levert in veel gevallen uiteindelijk een beheersbare of wellicht zelfs behandelbare situatie op. Door als team om een individuele casus heen te staan kan er ook direct en adequaat op ingesprongen worden als de cliënt een onverwachte opening biedt. Stressreductie op zich is al een doel van de continuïteit van de begeleiding.

- *Offensieve Psychiatrie*

Bij gecompliceerde casuïstiek, waar mensen nog vrijwillig zorg accepteren, komen partijen regelmatig tot creatieve oplossingen. Op het moment dat dwang noodzakelijk is voor het geven van de nodige zorg, wordt echter een ander speelveld betreden.

Bij deze categorie cliënten is offensieve psychiatrie nodig om de langdurige begeleiding te realiseren. Dit betekent dat beschikbare middelen als curatele, voorlopige machtigingen en binnen het justitiële kader plaatsing in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum of een Inrichting voor Stelselmatige Daders optimaal gebruikt moeten worden. Vanuit het principe dat de autonomie van de mens een groot goed is dat beschermd moet worden, wordt daar terughoudend mee omgegaan. Deze sfeer van terughoudendheid heeft ertoe geleid dat psychiaters die een advies moeten schrijven in het kader van dergelijke maatregelen hierin voorzichtig opereren. Bij de extreme gevallen is enige durf in het verzoeken om maatregelen echter op zijn plaats. Als voorbeeld van offensieve inzet van de BOPZ is in Zuid-Holland Zuid in enkele gevallen in psychiatrische rapporten gebruik gemaakt van de zinsnede 'van de familie kan niet verwacht worden dat zij hun steun achterwege laten om daarmee een gevaarlijke situatie in het leven te roepen'. Dit betreft gevallen waarin door continue zorg en ondersteuning door de nabije omgeving het ontstaan van een voor de cliënt of omgeving gevaarlijke situatie tot dusver is voorkomen. Desondanks is de problematiek wel van dien aard dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk wordt geacht.

Een ander voorbeeld van offensieve psychiatrie is de mogelijkheid om verplichte opname te adviseren zonder de betreffende persoon zelf gesproken te hebben. Dit is mogelijk in situaties waarin de persoon in

kwestie ieder contact met de psychiater weigert maar met behulp van informatie uit de nabije omgeving wel aannemelijk gemaakt kan worden dat er sprake is van maatschappelijke teloorgang of gevaar.

Buitencategorie

De verhalen die in deze praktijkverkenning zijn beschreven zijn voorbeelden van cliënten die zich niet laten vangen in de huidige systematiek van de zorg. Ze hebben voorzieningen nodig die vallen onder de AWBZ, de WMO, de ZVW en de forensische zorg. Daarnaast is het nodig dat zorg en repressie elkaar beter weten te vinden. Dit vraagt ook om buitengewone manieren van huisvesten. Vaak is er sprake van groepsongeschikte mensen. Woonvoorzieningen moeten daarop ingericht zijn en gepaard gaan met een buffer van hulpverlening tussen de cliënt en de buitenwereld.

Ook in juridisch opzicht vallen deze mensen vaak tussen de wal en het schip. Zowel in het kader van de BOPZ als binnen de kaders van het strafrecht zijn niet de passende juridische titels te vinden die de combinatie van langdurige zorg en repressie mogelijk maken.

- *Ontwikkeling van trajectfinanciering en regie*

De experts pleiten voor de mogelijkheid deze kleine maar extreem gecompliceerde groep mensen te helpen op basis van een gezamenlijk budget. Eén budget dat gebaseerd is op de begeleiding- en behandelingsbehoefte van de cliënt in plaats van op de verschillende geldstromen die horen bij de verschillende zorgvoorzieningen, maakt de financiële drempels om samen te werken lager. Dit budget zou moeten liggen bij de partij die de grootste behandel- of begeleidingsverantwoordelijkheid draagt voor de casus. Gezien de aard van de problematiek is dan vaak de verslavingszorg of de GGZ aan zet.

In Noorwegen is ervaring opgedaan met het bundelen van geldstromen ten behoeve van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. In deze gevallen er minder sprake is van de extreme psychische en gedragsproblemen die kenmerkend zijn voor de casuïstiek uit deze praktijkverkenning. De overeenkomst is dat het ook mensen betreft bij wie sprake is van multiproblematiek. In deze aanpak is het budget en de verantwoordelijkheid voor een op maat gemaakt traject voor de cliënt bij één instantie ondergebracht. Deze instantie stemt de diensten van de partijen die nodig zijn (behandelaars, uitkeringsinstanties, schuldsanering, et cetera) op elkaar af, om een geïntegreerde aanpak voor de terugkeer naar de arbeidsmarkt te realiseren. Kenmerkend is dat in deze benadering niet uitgegaan wordt van het systeem dat voor de meerderheid van de mensen voldoet, maar juist van de behoeften van de individuele cliënt. Er is sprake van een context gedreven benadering.⁵

De experts aan tafel gaven aan dat behalve centrale financiering ook duidelijk moet zijn wie de aanpak coördineert. Het woord regie is in die context meerdere malen genoemd. Een voorbeeld van verplichte samenwerking is in Groot Brittannië te vinden waar samenwerking in Multi-Agency Public Protection Arrangements (MAPPA's) in de wet is vastgelegd. In bijlage 4 is aanvullende informatie over deze werkwijze opgenomen. Het betreft in deze gevallen de begeleiding van zedendelinquenten of plegers van geweldsdelicten na hun detentie. De wetgeving regelt wie verantwoordelijk is voor de begeleiding maar ook welke partijen verplicht zijn in deze arrangementen samen te werken.⁶ In Nederland is in de Veiligheidshuizen en in andere uitingsvormen van ketensamenwerking een goede basis aanwezig voor het beleggen van regie bij gecompliceerde casussen.

⁵ Developing well-targeted tools for the active inclusion of vulnerable people. Rienk Prins, Oslo, oktober 2009.

⁶ <http://www.mappayorkandnorthyorkshire.org.uk>, geraadpleegd dd. 10 april 2012

- *Ontwerpen van passende juridische titels*

Offensief gebruikt of niet, de BOPZ kent zijn beperkingen. Een opname in het kader van de BOPZ moet een behandeldoel dienen. Deze buitencategorie cliënten wordt echter gekenmerkt door een zeer beperkt of ontbrekend behandelperspectief. Ook de strafrechtelijke mogelijkheden zijn beperkt in tijd. Een ISD maatregel of plaatsing in een Penitentiaal Psychiatrisch Centrum is tenslotte eindig. De onderliggende oorzaken voor het wangedrag van deze mensen zijn echter veelal structureel van aard. Een juridische titel om de langdurige zorg en beheersing te realiseren die nodig is voor deze mensen ontbreekt.

In de wetsontwerpen 'wet op de forensische zorg' en 'wet op de verplichte GGZ' (de opvolger van de BOPZ) is voorzien in een betere aansluiting tussen forensische en reguliere zorg. De ontwerpwet op de forensische zorg geeft de strafrechter de mogelijkheid civielrechtelijke bepalingen aan cliënten op te leggen. De strafrechter kan dan dus verplichte behandeling in de GGZ dicteren. Punt van zorg is echter dat ook hier de financieringssysteem nog niet klaar is voor deze naadloze overgang tussen strafrecht- en zorgketen. Waar binnen het ministerie van Veiligheid en Justitie een budget is voor forensische zorg is dit immers niet het geval voor de verplichte GGZ.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een advies in voorbereiding over de samenhang tussen beide wetten. In een eerste analyse van de context van dit vraagstuk signaleert de Raad enkele ontwikkelingen die de samenhang tussen de beide wetten belemmeren.⁷

⁷ Probleemanalyse en plan van aanpak preadvies 'Samenhang ggz en forensische zorg'. C.M. Scholten, september 2011

Aanbevelingen

Deze paragraaf bundelt alles wat het praktijkteam geleerd heeft van de beschrijving van de casuïstiek, het analyseren van de knelpunten en de inbreng van de experts.

Aanbevelingen op basis van bestaande mogelijkheden

- Vorm een operationeel team voor een gecoördineerde aanpak om cliënten met de volgende kenmerken:
 - Dubbele diagnose
 - Veroorzaakt langdurig overlast
 - Ontbreken van behandelmotivatie/onvermogen tot volhouden van een behandeling
 - Historie van onsuccesvolle hulpverleningstrajecten
 - Justitiecontact

Geef de partij die het grootste deel van de problematiek behandelt de regie over de aanpak in handen.

- Werk als team planmatig, op basis van gevalideerde en op elkaar afgestemde interventies, met scenario's die gebaseerd zijn op een risico-inventarisatie en met een realistisch en gedeeld toekomstperspectief.
- Betrek zo veel als mogelijk het eigen netwerk van de cliënt bij de aanpak. Indien er geen sprake meer is van een netwerk waarin nog beschermende factoren te vinden zijn, overweeg dan de cliënt los te weken van dit netwerk en een nieuw netwerk in de plaats te brengen.
- Maak offensief gebruik van de huidige instrumenten voor dwang en drang in de zorg voor de buitencategorie cliënten. Denk hierbij aan onder curatele stellen, bewindvoering, breed inzetten van de mogelijkheden van de BOPZ (naast de rechtelijke machtiging zijn er ook mogelijkheden voor een voorwaardelijke machtiging), en ISD of plaatsing in een PPC binnen de strafrechtketen.
- Houdt de cliënt vast op momenten dat de aanpak stuit op weerstand en agressie of wanneer het tijdelijk beter gaat met de cliënt. Beschrijf bij aanvang van de aanpak scenario's voor deze situaties.

Aanbevelingen voor het ontwikkelen van nieuwe mogelijkheden

- Stel landelijk criteria vast voor de buitencategorie cliënten. Multiproblematiek en zorgmijding zijn criteria die hierbij in ieder geval een rol spelen. Breng met behulp van de criteria de omvang van deze categorie in beeld.

- Onderzoek de voorwaarden die nodig zijn om te komen tot juridische titels die het mogelijk maken deze buitencategorie cliënten langdurig zorg en begeleiding te geven.
- Richt de mogelijkheid in om voor de buitencategorie te komen tot een trajectfinanciering door de bestaande pijlers van de zorgfinanciering heen. Leg dit budget bij dezelfde partij die verantwoordelijk is voor het coördineren van de gezamenlijke aanpak.

Ingezette ontwikkelingen

Het opleveren van een rapportage met oplossingsrichtingen is de afsluiting van de praktijkverkenning. Het doel dat de Veiligheidssociëteit Zuid-Holland Zuid nastreeft is echter dat uitvoerende partijen aan de slag gaan met de conclusies en aanbevelingen. Naar aanleiding van deze verkenning zijn er al initiatieven gestart. Daarnaast is het praktijkteam gestuit op reeds bestaande ontwikkelingen die aansluiten bij de oplossingsrichtingen die in deze rapportage zijn opgenomen.

Trajectfinanciering

Binnen de huidige overlastaanpak in de gemeente Dordrecht krijgen cliënten een trajectplan waarmee een combinatie van zorg- en handhaving wordt opgelegd. Verschillende aanbieders leveren onderdelen voor het traject vanuit verschillende financieringsbronnen. De aansluiting van deze onderdelen loopt regelmatig vast door de wijze waarop verschillende financieringsystemen zijn georganiseerd. Deze conclusie is ook in de praktijkverkenning getrokken.

De ontwikkeling van een trajectfinanciering waarin verschillende financieringsstromen (deels) worden ondergebracht biedt hierin een uitkomst. Trajectfinanciering leidt tot een betere sturing op uitgaven en resultaten, meer samenhang in de aanpak en daarmee ook tot een betere doorstroom van cliënten. De gemeente Dordrecht, het Zorgkantoor en zorgverzekeraar VGZ willen samen de mogelijkheden voor trajectfinanciering voor overlastgevers onderzoeken. Hiervoor sluiten zij een samenwerkingsconvenant. Het gaat om een beperkte doelgroep van overlastgevende personen die kampen met meervoudige problematiek (verslaving, psychiatrie, dakloosheid enz.) en met problemen op het gebied van justitie en handhaving. De opzet is voor overlasttrajecten een algemene bekostigingsgrondslag te formuleren die kan dienen als gemiddelde kostprijs voor de trajecten.

In beeld brengen van de buitencategorie

In de expertmeeting die in het kader van deze praktijkverkenning is gehouden, is gepleit voor het benoemen van een 'buitencategorie' cliënten waar het langdurig niet lukt om binnen de bestaande kaders een passend traject vorm te geven. Uit de casuïstiek die is beschreven komt naar voren dat multiproblematiek en zorgmijding kenmerken zijn die in ieder geval van toepassing zijn op deze categorie cliënten. Daarnaast is de vermoedelijk lange duur (wellicht levenslang) van de nodige zorg of begeleiding een ander gemeenschappelijk kenmerk.

Voor deze 'buitencategorie' is het nodig andere mogelijkheden te creëren voor langdurige en samenhangende zorg op verschillende risicogebieden. Het bieden van een passende juridische titel en de mogelijkheid tot trajectfinanciering voor deze kleine groep mensen zou de aanpak meer succesvol maken.

Met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft een eerste contact plaatsgevonden over het kwalificeren en kwantificeren van deze 'buitencategorie'. Het creëren van meer mogelijkheden voor continuïteit van de zorg is ook een vraagstuk dat naar voren is gekomen in de voorbereiding van de Wet op de Forensische Zorg en de Wet op de Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg. Voor proportionele voorstellen die het behandelen van deze groep cliënten vereenvoudigt, is het echter nodig om de gezamenlijke kenmerken en de omvang van de groep beter in beeld te krijgen. Het Veiligheidshuis Rotterdam Rijnmond heeft voor haar eigen regio een dergelijke inventarisatie gemaakt en biedt haar hulp aan bij het landelijk in beeld brengen van deze groep.

Dwang en drang in de zorg

In de regio Zuid-Holland Zuid heeft het Leger des Heils een project gestart dat tot doel heeft drangzorg vorm te geven. Het project beoogt eind 2012 een integraal zorgprogramma Drangzorg te hebben gerealiseerd in de centrumgemeente Dordrecht. Binnen dit programma worden overlastgevers die als zodanig bekend zijn bij de Centrale Toegang duurzaam gehuisvest en begeleid naar goed burgerschap. Het uitgangspunt van de aanpak is 'Housing First'. De begeleiding start met het realiseren van woonruimte voor de betrokken persoon. De benodigde zorg- en begeleidingstrajecten volgen op de huisvesting. Binnen het kader van dit project wordt offensief omgegaan met de instrumenten die beschikbaar zijn. Justitieel Casemanagement wordt ingezet als een mogelijkheid voor drang, net als het ontzeggen van de toegang tot maatschappelijke opvang bij het weigeren van de aangeboden huisvesting.

Drangzorg wordt door één hoofdaannemer geboden. Bij voorkeur door een zorgaanbieder die op meerdere gebieden expertise heeft omdat de doelgroep kampt met problemen op meerdere leefgebieden. De cliënt heeft één aanspreekpunt waardoor het langzaam terugwinnen van het vertrouwen in de hulpverlening kan starten.

Zorgcarroussel voor moeilijk plaatsbaren

Het Veiligheidshuis Rotterdam ontwikkelt een zorgcarroussel voor overlastgevers (veelal ook veelplegers) die binnen de bestaande mogelijkheden niet in een voorziening geplaatst kunnen worden. De kenmerken van deze groep zijn ook herkenbaar in de casusbeschrijvingen uit de praktijkverkenning. Met name de categorie cliënten waarbij sprake is van persoonlijkheidsstoornissen en ernstige gedragstoornissen waarbij agressie vaak een rol speelt zijn in de bestaande voorzieningen niet langdurig onder te brengen. Door vooraf dit risico te inventariseren en opvangmogelijkheden beschikbaar te houden voor de momenten dat de situatie escaleert wil het Veiligheidshuis Rotterdam proberen ook deze cliënten continu van voorspelbare zorg en begeleiding te voorzien.

Een belangrijke stap in deze ontwikkeling is dat Forensisch Psychiatrische Centra een deel van hun bedden beschikbaar stellen voor zeer moeilijk cliënten uit de BOPZ. In deze Centra kan een hogere mate van beheersing worden geboden dan in de reguliere behandelinstellingen. Het feit dat het aanvragen van de benodigde financiering een langdurig traject is, sluit niet aan bij de snelheid die vereist is voor het overplaatsen van deze cliënten naar een FPC in geval van een crisis.

Voor het identificeren van de kandidaten is een Commissie Moeilijk Plaatsbaren in het leven geroepen waar de casuïstiek besproken en beoordeeld wordt. Gezaghebbende experts van partners uit de regio maken daar een gezamenlijk voorstel voor de aanpak van de moeilijk plaatsbare cliënten.

Bijlage 1: Casuïstiek

Casus 1, Dordrecht

Persoonsgegevens

De casus betreft een 43 jarige man, alleenstaand en ongehuwd. Hij is de jongste zoon uit een gezin met 3 kinderen. Mijnheer is van Nederlandse afkomst en spreekt de Nederlandse taal naar behoren.

Omschrijving van het overlastgevende gedrag

Al op jonge leeftijd komt mijnheer in aanraking met justitie. Dit begint met een poging tot diefstal in 1984. Hij is dan 15 jaar oud. Na die tijd zijn er meer dan 100 feiten geregistreerd waarvoor hij ook herhaaldelijk wordt veroordeeld. In 1997, als hij 28 is, wordt het afronden van een begonnen behandeling in een verslavingskliniek opgelegd als bijzondere voorwaarde.

Mijnheer wordt in 2005, op 36 jarige leeftijd, voor de eerste keer aangemeld bij de GGD Zuid-Holland Zuid in verband met woonoverlast en een huurschuld. Vanaf dat moment is hij veelvuldig in beeld bij Politie, GGZ, Verslavingszorg en Reclassering. Vaak dreigt hij met en pleegt hij pogingen tot suïcide. Daarnaast verwondt hij zichzelf door zich in armen en handen te snijden. Dit is veelal een poging om aandacht te vragen en opname of hulp af te dwingen.

Daarnaast komt hij veelvuldig met de politie in aanraking door kleine criminaliteit. Ten gevolge hiervan komt hij op de veelplegerlijst terecht. Hij pleegt vernielingen en er is langdurig sprake van zowel vermogensdelicten als huisvredebreuk, belediging en mishandeling. Op straat, op het politiebureau en bij zorginstellingen intimideert hij mensen. Het intimideren blijft vaak net binnen de grens van een overtreding.

Door een combinatie van psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek is het vrijwel onmogelijk hem in een stabiel traject te krijgen.

Inventarisatie op leefgebieden

Huisvesting

In 2005 huurt mijnheer een woning in de stad. Hij veroorzaakt hier woonoverlast en er is sprake van een huurschuld. Hij lijkt niet in staat zijn woning op een goede manier te bewonen. Sinds zijn detentie in 2006 woont mijnheer in diverse kamers. Dit wisselt veelvuldig, mede door perioden van detentie. Volgens de Pro Justitia rapportage van november heeft hij momenteel geen huis of woonadres.

Inkomen/financiën

Mijnheer is een tijd afhankelijk van een inkomen in kader van de Wet werk en bijstand (WWB). Momenteel ontvangt hij een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO) van ongeveer €960, - per maand. Hij heeft enkele duizenden euro's schuld. De schulden worden op dit moment niet afgelost en er is geen aanmelding bij de schuldhulpverlening. Dit is wel geprobeerd maar mijnheer komt zijn afspraken niet na. Hij is niet in staat zijn spullen op tijd aan te leveren en hij verschijnt niet op afspraken.

Dagbesteding

Er is geen sprake van een zinvolle dagbesteding. Als mijnheer in vrijheid is, verblijft hij veel op straat of doet hij een beroep op de maatschappelijke opvang.

Psychisch functioneren en persoonlijkheid

Mijnheer is in de loop der jaren verschillende malen aangemeld voor behandeling

en begeleiding in verschillende GGZ instellingen en bij de verslavingszorg. Hij is bij de GGZ al zeker 10 jaar bekend met automutilatie en suïcidepogingen.

Hij heeft soms psychotische perioden maar zijn overlastgevend gedrag lijkt voornamelijk voort te komen uit een ontwikkelde persoonlijkheidsstoornis met o.a. Borderline kenmerken. Tijdens behandeling is opgemerkt dat mijnheer in een groep niet kan functioneren. Hij neemt een leidende en sturende rol in de groep en stelt zich niet behandelbaar op. Al in 2004 blijkt uit communicatie tussen de GGD en de GGZ dat beide instanties van mening zijn dat het hier niet gaat om een crimineel 'in de gebruikelijke zin'. Er is eerder sprake van gedragsproblemen en eenzaamheid bij een man met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Beide instanties hebben geen remedie voor zijn kwaal. In de loop van de jaren is de conclusie niet veranderd: op dit moment is er voor mijnheer geen goed behandelperspectief en geen geschikte plaatsingsmogelijkheid in de regio.

Mijnheer is bekend met suïcidedreiging en -pleging, automutilatie en dwangmatigheid. Hij is in 2010-2011 zeker 120 maal gezien door de Crisisdienst in verband met zijn overlastgevende gedrag. Automutilatie en dreiging met zelfdoding zijn voor mijnheer een automatisme in zijn omgang met zijn omgeving.

In het Pro Justitia rapport van november 2011 wordt de volgende DSM score⁸ weergegeven:

As 1: 304.20 Cocaineafhankelijkheid in langdurige onvolledige remissie

304.40 Amfetamineafhankelijkheid (voorgeschiedenis)

304.30 Cannabisafhankelijkheid onder toezicht stand

As II: 301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis (hoofddiagnose) waarnaast antisociale trekken

As III: -Epilepsie

As IV: geen werk, woning, relatie

⁸ Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM) is de standaard in de psychiatrische diagnostiek. Psychiatrische diagnostiek volgens het DSM vindt plaats vanuit 5 diagnostische assen:

As 1: Primaire symptomatologie (de 'psychiatrische ziekte'), een klinisch ziektebeeld dat niet altijd aanwezig (geweest) is, of voorbijgaand van aard is.

As 2: Achterliggende persoonlijkheidsstoornissen en specifieke ontwikkelingsstoornissen, kenmerken die blijvend zijn.

As 3: (Bijkomende) lichamelijke ziekten die psychische ziektebeelden geven.

As 4: Psychosociale en uitlokkende factoren,

As 5: Niveau van functioneren op een schaal van 1 tot 100, waarbij 100 perfect is en 1 vrijwel nihil, in de vorm van een *Global Assessment of Functioning*-schaal (GAF). Het betreft de mate waarin men zich weet aan te passen aan de omgeving.

As V: GAF=30 (actueel)

Verstandelijke vermogens

In psychologisch rapport Pro Justitia uit 2005 wordt geconcludeerd dat er sprake is van een laag gemiddeld tot gemiddeld intelligentieniveau. In het Pro Justitia rapport van 2011 wordt geconcludeerd dat er sprake is van een gemiddelde intelligentie.

Verslaving

Mijnheer is in het verleden afgekickt van een harddrugsverslaving. Hij is nu verslaafd aan softdrugs.

Sociaal functioneren

Mijnheer is de jongste van 3 kinderen. Hij heeft geen goed contact met zijn ouders en de overige kinderen. In het verleden heeft hij regelmatig bedreigingen geuit naar leden van zijn familie en andere mensen in zijn omgeving. Hij functioneert niet in een groep, is dominant en probeert alles naar zijn inzicht te realiseren. Zijn sociaal netwerk is hierdoor nihil.

Lichamelijk functioneren

Mijnheer is bekend met epilepsie. Vanaf 2001 gebruikt hij hiervoor medicatie. De aanvallen treden uitsluitend op als gevolg van drugsgebruik, niet spontaan.

Praktisch functioneren

Mijnheer is niet in staat om in zijn huidige situatie praktische zaken op een goede manier uit te voeren. De wijkagent geeft aan dat mijnheer netjes en normaal kan overkomen als hij gewassen en geschoren is. Dezelfde wijkagent ervaart hem ook als welbespraakt. Eenvoudige afspraken met bijvoorbeeld de schuldhulpverlening kan hij echter niet nakomen.

Behandelmotivatie

Met betrekking tot zingeving en motivatie is bij mijnheer steeds de drang aanwezig om behandeling af te dwingen. Hij zegt dan gemotiveerd te zijn om aanpassingen in zijn gedrag te realiseren. Hij blijkt hiertoe echter niet blijvend in staat.

Strafrechtsketen

Mijnheer is bij politie en justitie uitgebreid bekend. In zijn jeugd is hij begonnen met het plegen van vermogensdelicten als (poging tot) diefstal, diefstal met geweld. Later is dit verschoven naar bedreigingen, vernielingen en mishandeling om zijn persoonlijke frustraties op de hulpverlening af te reageren.

Mijnheer heeft diverse detentieperioden achter zich met plaatsingen in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) en een Forensische observatie- en begeleidingsafdeling (FOBA). Hij kreeg diverse malen werkstraffen opgelegd, waarbij hij bij de uitvoering daarvan vervolgens strafbare feiten pleegde. Hierdoor zijn werkstraffen omgezet in detentie. Momenteel is door de rechter, relatief onverwacht, een ISD maatregel uitgesproken.

De ISD maatregel is op een bijzondere manier tot stand gekomen en geeft een tekenend beeld van het gedrag van de persoon in kwestie:

Na een aanhouding door de politie dreigt mijnheer met suïcide, de GGZ wil mijnheer niet opnemen en hij wordt geplaatst in een Penitentiare Inrichting. Daar dreigt hij zichzelf te verwonden en hij wordt overgebracht naar het Penitentiair Psychiatrisch Centrum Amsterdam. Door een interventie van zijn raadsman wordt hij weer in vrijheid gesteld. Op dat moment heeft mijnheer geen onderdak of andere voorzieningen. Om hulp af te dwingen snijdt hij zich direct na zijn vrijlating op de openbare weg in zijn armen. De politie in Amsterdam sluit hem in en hij wordt gezien door een psycholoog van de crisisdienst. Omdat de crisisdienst niets voor hem kan betekenen gaat mijnheer weer naar buiten en snijdt zich opnieuw in de armen. Na verzorging in het ziekenhuis wordt hij ontslagen en herhaalt het patroon zich: hij verwondt zichzelf opnieuw. De politie presenteert hem opnieuw bij de crisisdienst. De psychiater concludeert dat er geen sprake is van een psychiatrische stoornis waarvoor hij opgenomen moet worden. Bij zijn ontslag wordt mijnheer woedend, verwondt zichzelf opnieuw en gooit een betonnen voetstuk van een verkeersbord door een ruit van de instelling. De politie houdt hem opnieuw aan in verband met deze vernieling. In het PPC Amsterdam wordt hij uiteindelijk gezien door een psycholoog voor een onderzoek Pro Justitia. In deze rapportage wordt geadviseerd een ISD maatregel op te leggen in een recent geopende kliniek. De rechter neemt dit advies over. Deze route is ongebruikelijk omdat normaal gesproken de plaatsing in een kliniek voorafgegaan wordt door een plaatsing op een ISD afdeling in een gewone PI.

Ondervonden knelpunten

Door een combinatie van psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek is het vrijwel onmogelijk mijnheer in een stabiel traject te krijgen. Daarnaast zijn de beschikbare opname mogelijkheden in de regio niet afdoende voor deze man. Hij heeft een strakke structuur nodig met weinig mogelijkheden tot manipulatief gedrag richting derden. Gerichte behandeling en begeleiding op individueel niveau past in deze behoefte.

Door het manipulatieve gedrag is mijnheer in een behandelsetting niet te handhaven. Bij weerstand reageert hij direct met automutilatie en dreiging met suïcide.

Daarnaast ligt de nadruk op een persoonlijkheidsstoornis die een slecht behandelperspectief kent. Slechts langdurige psychotherapie kan wellicht enig effect sorteren.

Interventie overzicht behorend bij casus 1

jaar	Uitgevoerd door	Uitgevoerde interventies	resultaat
2005	woningbouwcorporatie/ GGD	Aanmelding bij GGD Zuid Holland Zuid in verband met woonoverlast. Huisbezoeken, aanmelding bij GGZ.	Geen blijvend resultaat. Mijnheer is uit zijn woning gezet op basis van een huurschuld bij detentie.
2006	DJI/OM	Detentieperioden	
2007	Lokaal Zorgnetwerk	Bespreking en volgen van het dossier. Verplicht reclasseringscontact (februari) Reguliere behandeling bij GGZ (februari tot mei) Aanmelding op de Veelplegerlijst OM (mei)	Stelt zich niet begeleidbaar op, veel criminaliteit. Regelmatig in beeld met automutilatie en suïcidepogingen.
2008	Toeleidingsteam Overlastgevers	Uitschrijving bij GGZ. Aanmelding bij Verslavingszorg, behandeling en begeleiding, aanbod voor vrijwillige opname. Maakt gebruik van de Maatschappelijke Opvang.	Is wisselend in zijn contact, verdwijnt zelfs een periode uit beeld bij de hulpverlening. Weigert vrijwillige opname of stapt na enkele dagen uit. Is niet te hanteren in een groepsbehandeling.
2009	Lokaal Zorgnetwerk	Heraanmelding door pastoraal werk. Afspraak: steeds terugverwijzen naar reclassering. Reclassering verslavingszorg maakt een plan van aanpak.	Stelt zich weer niet begeleidbaar op.
2010/ 2011	Politieartsen/Acute Dienst	120 keer beoordeling op crisis interventie, na automutilatie of dreiging met suïcide.	Geen opname in verband met persoonlijkheidsproblematiek en ontbreken van behandelperspectief.
2011	Centrale Toegang	Reclassering: verzoek tot een ketenoverleg over dit dossier Met OM/Politie/GGZ/Verslavingszorg/Veldregisseur ex-gedetineerden	Conclusie: in verband met groepsfunctioneren van mijnheer niet plaatsbaar in de regio. Kandidaat voor plaatsing op een Kliniek Intensieve Behandeling (KIB).
2011	Veldregisseur	Aanmelding voor KIB realiseren met GGZ	Kan alleen via een opname afdeling worden aangemeld en mijnheer is nu niet opgenomen.
2011	Justitie	Overplaatsing van PI Dordrecht naar PPC Amsterdam	Niet hanteerbaar in verband met suïcidaal gedrag, overplaatsing naar

B i j l a g e 1 C a s u ï s t i e k

			FOBA Amsterdam.
2011	Justitie	Schorsing, mijnheer wordt in vrijheid gesteld in Amsterdam	Mijnheer gooit uit onvrede ontslag ruiten in bij een zorginstelling in Amsterdam, verwond zichzelf weer meerdere malen en wordt ingesloten op de FOBA.
2011	Justitie	Rechter neemt advies NIFP over en plaatst mijnheer direct in een nieuwe kliniek in de omgeving van Rotterdam in het kader van een ISD maatregel.	

Casus 2, Dordrecht

Persoonsgegevens

De casus betreft een 45 jarige, alleenstaande man. Hij is ongehuwd en heeft geen kinderen. Van oorsprong komt mijnheer uit Maastricht. Hij komt in 2003 naar Dordrecht.

Mijnheer is van Nederlandse afkomst en spreekt de Nederlandse taal naar behoren.

Hij is afkomstig uit een gezin met vijf kinderen. Hij is een nakomertje (scheelt 11 jaar met het op één na jongste kind) en heeft drie broers en één zus.

Omschrijving van het overlastgevend gedrag

Mijnheer verblijft sinds 2003 (hij is dan 37 jaar) in de gemeente Dordrecht. Hij maakt hier gebruik van de maatschappelijke opvang van het Leger des Heils.

Mijnheer heeft een zeer sterke alcoholverslaving en de overlast bestaat dan ook voornamelijk uit gedrag onder invloed van grote hoeveelheden alcohol. Hij drinkt overal: in portieken, op de stoep, thuis. Samen met andere verslaafden veroorzaakt hij grote overlast in het centrum van de stad. Mijnheer laat zich niet corrigeren, gebiedsverboden negeert hij volkomen. Door zijn enorme alcoholgebruik moet hij veel plassen wat hij overal doet. Samen met zijn vermogen om verbaal gemeen uit de hoek te kunnen komen, lokt dit geweld uit. Hij wordt verschillende keren in dronken toestand volledig in elkaar geslagen. Hierdoor komt hij meer dan eens in het ziekenhuis terecht.

Gedurende zijn verblijf in Dordrecht is er een periode van verminderde overlast. In deze periode heeft mijnheer een woning en een dagbesteding in de tuinaanleg. Vanaf 2009/2010 is de overlastbeleving rondom deze man extreem. De politie geeft mijnheer vrijwel dagelijks, soms meerdere keren, een verbaal voor openbare dronkenschap en het overtreden van gebieds- en alcoholverboden.

In het najaar van 2010 raakt mijnheer (44 jaar oud) onder invloed van alcohol te water. Tussen het tijdstip van de melding bij de politie en het moment dat hulpverleners hem weer boven water krijgen zit dertig minuten. Desondanks wordt hij succesvol gereanimeerd. Na een ziekenhuisverblijf van enkele weken wordt hij weer ontslagen zonder noemenswaardige gevolgen aan deze bijna-verdrinking over te houden.

Inventarisatie op leefgebieden

Huisvesting

Mijnheer verblijft aanvankelijk (2003) bij het Leger des Heils in de Maatschappelijke Opvang. Hij wordt een periode opgenomen bij een GGZ instelling in Dordrecht, waarna hij verder gebruik maakt van een postadres.

In 2006 krijgt mijnheer, op 40 jarige leeftijd, de kans om zich te bewijzen in een sloopwoning. Deze bewoont hij aanvankelijk redelijk, met begeleiding vanuit de GGZ en de politie. Hij overtreedt echter één voor één de voorwaarden die aan het woninggebruik zijn verbonden, waarvan het niet gebruiken van alcohol de eerste is, op de dag dat hij de woning betreft. In combinatie met een dreigende houding naar de corporatie en toenemende overlast raakt mijnheer eind 2009 zijn woning kwijt. Sinds die tijd is hij dakloos en zwerft weer op straat.

Inkomen/financiën

Mijnheer heeft een uikering in het kader van de arbeidsongeschiktheid. Tevens heeft hij na het overlijden van zijn ouders een kleine erfenis gekregen. In die periode doet hij ook een aanvraag bewindvoering die is toegekend en tot op heden van kracht is.

Dagbesteding

Mijnheer heeft geen dagbesteding, anders dan op straat rondhangen en drinken. Hij heeft een periode via de GGZ instelling een dagbesteding en dit verloopt redelijk. Mijnheer werkt in de tuinaanleg een blijkt in staat hard te kunnen werken. Hij geeft aan graag te sporten en fysiek bezig te zijn. Hij heeft een vooropleiding gevolgd aan het CIOS Maastricht.

Psychisch functioneren

Er zijn bij mijnheer aanvankelijk geen psychiatrische problemen vastgesteld. Wel is er sprake van extreme alcoholafhankelijkheid en psychosociale problematiek.

Mijnheer is er zelf van overtuigd dat hij geen overlast bezorgt en dat hij anders is dan andere alcoholisten.

Verstandelijke vermogens

Na het incident waarbij hij bijna verdrinkt wordt cognitieve schade vastgesteld op gebied van inprenting, planning en ordening. Hij kan steeds minder informatie in één keer verwerken. Deze problemen zijn echter al begonnen voor dit incident en vermoedelijk het gevolg van het langdurige en extreme alcoholgebruik.

Sociaal functioneren

Mijnheer heeft geen contact meer met zijn familie. Zijn ouders zijn inmiddels overleden. Hij wil pas weer contact met zijn familie als hij voldoende hersteld is van zijn verslavingsproblematiek. Hij durft hen nu niet onder ogen te komen. De familie heeft op dit moment ook geen behoefte aan contact met hem.

Zijn sociaal netwerk in Dordrecht bestaat voornamelijk uit andere personen met verslavingsproblematiek.

Mijnheer heeft een periode een relatie. Deze relatie kenmerkt zich deels door alcoholgebruik van beide partners. Er is regelmatig sprake van (ernstig) huiselijk geweld. In zijn omgang met anderen is hij achterdochtig en wantrouwend.

Lichamelijk functioneren

Mijnheer is altijd fysiek gezond, echter wel geheel alcohol afhankelijk. Nadat hij te water heeft gelegen brengt hij enkele weken in het ziekenhuis door. Wonderlijk genoeg houdt hij aan dit incident geen lichamelijke schade over. Ten gevolge van het langdurige alcoholmisbruik heeft hij wel zijn tanden verloren.

Verslaving

Mijnheer is ernstig alcoholverslaafd. Verschillende opnamen in het kader van hulpverlening zijn misgelopen omdat hij bij de eerste beste gelegenheid (verlof) weer grote hoeveelheden alcohol drinkt.

Een wijkagent die de casus van mijnheer goed kent omschrijft mijnheer als een aandoenlijke man met een vriendelijke uitstraling. Hij heeft een groot vermogen mensen aan zich te binden en zo hulp af te dwingen. Van dit vermogen is hij zich zeer goed bewust. Zodra er iets misgaat, meestal ten gevolge van zijn alcoholmisbruik, krijgt de persoon waar hij op dat moment van afhankelijk is de schuld. De wijkagent vertelt ook dat het voor mijnheer de laatste tijd moeilijker wordt om iemand te vinden om op te leunen. Door zijn verslaving ziet hij er slecht uit waardoor zijn aandoenlijke eerste indruk sterk is verminderd.

In een reclasseringsrapport wordt gesteld dat mijnheer niet op zijn eigen handelen kan reflecteren. Dit sluit aan bij de waarneming van de wijkagent dat mijnheer de schuld van een situatie bij anderen legt.

Praktisch functioneren

Mijnheer leunt al zijn leven lang op hulp van anderen. Met de juiste ondersteuning van onder meer de GGZ en de verslavingszorg blijkt hij perioden redelijk in staat zijn zaken te regelen. In de periode dat hij een woning tot zijn beschikking heeft, is deze behoorlijk opgeruimd. Zijn verblijfplaatsen in de dakloze periode zijn echter schrikbarend slecht.

Op dit moment is de inschatting dat zijn cognitief functioneren hem niet in staat stelt op een verantwoorde manier een eigen huishouding te voeren.

Behandelmotivatie

In 2006 geeft mijnheer nog aan dat hij bereid is tot verandering van zijn situatie. Zijn motivatie is door zijn alcoholbehoefte echter niet vast te houden.

Strafrechtketen

Mijnheer komt vanaf het begin van zijn verblijf in Dordrecht in aanraking met de politie door zijn alcohol gebruik in de openbare ruimte. Sinds 2010 staat hij op de veelplegerlijst bij het Veiligheidshuis. Mijnheer is voortdurend onder invloed, soms is er sprake van geweldsmisdrijven. Hij is ook meerdere keren slachtoffer van geweld.

Op de overlastlijst 2009/2010 is mijnheer nummer 1 in het aantal gebiedsverboden, verbalen voor openbare dronkenschap en het overtreden van het alcoholverbod in de stad. Misdrijven pleegt hij echter niet waardoor het strafrechtelijk vervolgen van mijnheer geen optie is.

Een uitzondering hierop is een huiselijk geweld zaak waarvoor mijnheer in detentie heeft gezeten. In de voorlopige hechtenis is hij direct in een gesloten behandelinstelling geplaatst. Tijdens de detentie is een herbeoordeling van de Rechterlijke Machtiging gedaan.

Binnen deze behandelinstelling is hij wederom moeilijk te handhaven. Mijnheer wordt dus heel snel, onder voorwaarden, voorlopig ontslagen. Deze voorwaarden overtreedt hij onmiddellijk. Met enige moeite wordt hij vervolgens teruggeplaatst.

Uiteindelijk wordt een persoonlijkheidsonderzoek gedaan. Dit onderzoek moet de basis vormen voor verdere aanpak. In een groepsvoorziening kan mijnheer niet functioneren. Ingestoken wordt daarom op een individuele woonsituatie met dagelijkse begeleiding. Dit heeft bij de betrokken partijen geleid tot een discussie of er eerst een woonvoorziening beschikbaar moet zijn of eerst een begeleidingsplan moet komen. De veldregisseur van de GGD probeert deze discussie uit de impasse te helpen.

Ondervonden knelpunten

Er zijn onvoldoende plaatsingsmogelijkheden voor een cliënt met extreem alcoholgebruik, gedragsproblematiek als gevolg van het langdurig alcohol misbruik en een verminderd behandelperspectief. Deze cliënt zal nooit kunnen stoppen met het drinken van alcohol.

Bij de begeleiding van deze man is het bieden van een stabiele begeleiding voor een langere periode erg belangrijk. Het wegvallen van vertrouwde personen heeft geleid tot beschadiging van het vertrouwen in

instellingen. Als gevolg van gebrek aan vertrouwen in andere medewerkers heeft mijnheer de begeleiding verbroken.

Mijnheer heeft een groot vermogen om mensen, ook hulpverleners, aan zich te binden en zich afhankelijk van hen te maken. Zodra er in de begeleiding iets fout gaat trekt hij zich echter terug en legt de verantwoordelijkheid bij de hulpverlener. Door zijn persoonlijkheid is het moeilijk hem stabiel te begeleiden.

Door de complexe problematiek van de cliënt kunnen de verschillende instanties binnen de regio maar een deel van de nodige zorg bieden. Er is geen instelling die het volledige pakket (verslavingszorg, zorg gericht op de psychosociale problematiek, individuele begeleiding in verband met groepsongeschiktheid) kan bieden. Samenwerken tussen verschillende instellingen wordt gehinderd door de (on)mogelijkheden van de financiering. De instelling die het grootste deel van de zorg kan bieden krijgt de financiering. Deze zorg dekt dan echter niet de hele lading van de problematiek.

In een instelling trekt mijnheer een dusdanig zware wissel op de behandelomgeving dat hij hier maar een beperkte periode op te vangen is. Na verloop van enkel weken of maanden treedt bij zowel mijnheer als de ontvangende instelling 'behandelmoeheid' op. Omdat er geen netwerk van instellingen bestaat waar hij kan rouleren, belandt hij weer op straat.

Interventie overzicht behorend bij casus 2

Datum	Door	Uitgevoerde interventies	Resultaat
2004	Verslavingszorg	Opname van enkele maanden	Terugval in alcoholgebruik na de behandeling.
2006	GGD	Plan van aanpak gericht op maatschappelijk herstel. Inzet GGZ/Verslavingszorg/Politie/Corporatie voor begeleiding.	Aanvankelijk goed. Bij wisselingen van personeel verdwijnt echter vertrouwen en haakt mijnheer af. Overlast neemt toe.
2009	Corporatie	Ontruiming na overlast en bedreigend gedrag, geen verlenging van het contract.	Mijnheer komt weer op straat.
2009/2010	Politie	Bekeuringen, wegzenden bij overtreden van het alcoholverbod.	Minimaal
2010/2011	Bouman GGZ/ GGZ	Diverse korte opnames voor detoxificatie en behandeling in vrijwillig kader.	Mijnheer stelt zich onbehandelbaar op. Verlaat kliniek tegen advies
2010	Erasmus MC	Opname na te water raken van mijnheer	Mijnheer herstelt lichamenlijk goed, cognitief niet volledig. Verlaat ziekenhuis tegen advies.
2011/3	Veelplegeroverleg Veiligheidshuis	Overleg over overlastreductie met GGZ, verslavingszorg en OM	Aanvraag rechterlijke machtiging.
2011/3	Bouman GGZ	Aanvraag Rechterlijke Machtiging, GGZ beoordeelt voor de geneeskundige verklaring. Deze verklaring wordt niet afgegeven.	Beoordeling RM wordt afgewezen.
2011/4	Centrale Toegang/Veldregie	Opschaling van het dossier en verzoek om herbeoordeling mede na een huiselijk geweld incident.	RM wordt toegewezen Opname in gesloten kliniek Rotterdam.
2011/7	Bouman GGZ	Voorwaardelijk verlof	Binnen 24 uur overtreding van voorwaarden, drinkt direct weer alcohol. Terug naar de kliniek.

B i j l a g e 1 C a s u ï s t i e k

2011/7	Bouman GGZ	Psychologisch onderzoek	Cognitieve schade vastgesteld. Zal altijd blijven drinken en overlast veroorzaken.
2011/10	Bouman GGZ/justitie	Verlenging RM met 1 jaar	Verblijf in kliniek voortgezet.
2011/11	Centrale Toegang	Overleg over vervolgtraject	Plaatsing in GGZ Drenthe niet mogelijk. Geen passende plaats binnen de regio voor handen.

Casus 3, Dordrecht

Persoonsgegevens

De casus betreft een 53 jarige, gescheiden vrouw met twee kinderen (1983 en 1988). Mevrouw is van Surinaamse afkomst en opgegroeid in een gezin met zeven kinderen. Haar beheersing van de Nederlandse taal is goed.

Omschrijving van het overlastgevende gedrag

In 2006 komen de eerste signalen van overlast bij de GGD binnen. Mevrouw is dan 48 jaar oud. Er is sprake van overlast als gevolg van overmatig alcoholgebruik door mevrouw. Zij raakt hierdoor haar baan en woning kwijt en belandt als dakloze in de maatschappelijke opvang samen met haar zoon. Zij vertoont zorgmijndend gedrag en de overlast in de openbare ruimte neemt toe. Nuchter komt mevrouw opgeruimd over. Als zij dronken is, is zij echter luid schreeuwend op straat aanwezig. Zij presteert het bijvoorbeeld om 's nachts na een conflict met een ander dakloze persoon in de portiek van een flat zoveel lawaai te maken dat veel bewoners wakker worden. Als gevolg van haar agressieve, schreeuwende gedrag mag zij geen gebruik meer maken van de opvangmogelijkheden van het Leger des Heils.

Mevrouw is veelvuldig onder invloed van alcohol en trekt ook andere alcoholverslaafden aan.

Inventarisatie op leefgebieden

Huisvesting

Mevrouw huurt haar eerste jaren in Nederland een woning via een woningbouwcorporatie. De kinderen van mevrouw worden in 2006 uit huis gehaald. In verband met het veroorzaken van overlast en ten gevolge van een huurachterstand krijgt zij een 'Laatste Kans op Wonen'. Dit eindigt door het niet nakomen van de gemaakte afspraken waarna de woning ontruimd wordt. Ze heeft daarna een postadres bij het Leger des Heils.

Inkomen/financiën

Mevrouw heeft tot aan de ontruiming een baan in de zorg. Daarna is zij afhankelijk van een daklozenuitkering. Er zijn financiële problemen, onder andere ten gevolge van gokken. Zij heeft een betalingsregeling getroffen via haar uitkeringsinstantie van €50,- per maand.

Dagbesteding

Mevrouw werkt tot 1992 in het onderwijs. Daarna laat zij zich op 34 jarige leeftijd omscholen en gaat 32 uur per week in de zorg werken. Door herhaaldelijk te laat komen raakt zij haar baan kwijt.

Psychisch functioneren

Er is geen sprake van psychiatrie of een verstandelijke beperking. Het probleem is het alcoholgebruik en de afhankelijkheid hiervan. Hoewel niet gesproken kan worden van één specifieke persoonlijkheidsstoornis, kunnen wel trekken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen in haar gedrag geobserveerd worden. Het psychologisch onderzoek Pro Justitia van november 2009 kwalificeert de problematiek als volgt:

As I: 303.90 alcoholafhankelijkheid

As II: V71.09 geen stoornis (wel persoonlijkheidsproblematiek)

As III: COPD, hypertensie en hooikoorts

As IV: geen eigen woning, geen werk, justitiële voorgeschiedenis, beperkt sociaal netwerk.

As V: GAF=40-50 (ten tijde van het ten laste gelegde)

Verstandelijke vermogens

Het intellectueel functioneren van mevrouw is tijdens een psychologisch onderzoek in 2009 getest en is gemiddeld. Dit is iets lager dan de onderzoeker op basis van haar vooropleiding (zij heeft de kweekschool gevolgd en in het onderwijs gewerkt) en de gespreksindruk verwacht.

Sociaal functioneren

Mevrouw komt uit een gezin met zeven kinderen. Zij vindt haar jeugd niet prettig en woont op 14 jarige leeftijd al op kamers. In Nederland trouwt ze en krijgt een kind. Een scheiding volgt en uit een tweede relatie krijgt mevrouw nog een kind.

Bij de ontruiming van haar woning trekt het oudste kind in bij zijn vader. Het jongste kind gaat wonen in een voorziening voor begeleid wonen. Later komt het oudste kind weer bij haar terug. Samen veroorzaken zij overlast in het centrum van de stad.

Lichamelijk functioneren

Van mevrouw is bekend dat zij een hoge bloeddruk, COPD en hooikoorts heeft.

Verslaving

Mevrouw gebruikt sinds haar 38^e alcohol. Zij drinkt 8 tot 16 flesjes bier van 11% per dag.

Praktisch functioneren

Mevrouw is in het verleden in staat geweest een huishouden te verzorgen. Ondersteuning is nodig op administratief gebied en schuldenregelingen.

Behandelmotivatie

Aanvankelijk is mevrouw niet te motiveren tot het accepteren van hulp voor het realiseren van een gedragsverandering. Door op straat contact met haar te blijven zoeken (outreachinge zorg) houdt de hulpverlening haar in beeld. Recent is zij mee gaan werken aan een verandering in de situatie. Dit is gelukt nadat de GGZ heeft besloten, ondanks het feit dat zij met haar verslaving als belangrijkste probleem niet bij hen thuis hoort, zich toch over deze casus te ontfemen. Mevrouw heeft eerder al aangegeven zich beter thuis te voelen bij de GGZ. Daarnaast is haar zoon, die voor haar een belemmerende factor was om zich vrijwillig te laten opnemen, weer bij zijn vader gaan wonen. Tot op heden functioneert mevrouw goed in het aangeboden traject hoewel zij binnen de woonvoorziening nog wel overlast veroorzaakt.

Strafrechtkenen

Mevrouw is nadat zij grote hoeveelheden alcohol is gaan gebruiken vele malen in aanraking geweest met de politie in verband met vernieling, mishandeling en vooral openbare dronkenschap. Als zij dronken is gaat zij hard schreeuwen in de openbare ruimte. Zij overtreedt het alcoholverbod en krijgt gebiedontzeggingen. Na een steekincident, waarbij de zoon het slachtoffer is, komt mevrouw in voorlopige hechtenis. Ze wordt veroordeeld voor dit feit en gaat in hoger beroep. In afwachting van het beroep is zij wel op vrije voeten en pleegt weer de nodige feiten. In hoger beroep wordt zij opnieuw veroordeeld met een proeftijd van twee jaar met behandeling in de verslavingszorg.

Ondervonden knelpunten

Ook in deze casus is sprake van een dubbele diagnose: zowel een alcoholverslaving als trekken van een persoonlijkheidsstoornis.

Mevrouw was ernstig zorgmijgend en moeilijk in de hulpverlening te krijgen. Daarnaast was zij aanvankelijk niet zonder haar zoon in zorg te krijgen. Ze geeft aan geen vertrouwen te hebben in de verslavingszorg en zou liever hulp ontvangen van een GGZ instelling. Hier voelt ze zich prettiger waardoor zij deze vorm van zorg als toegankelijker ervaart. Haar alcoholverslaving is echter de meest prominente problematiek en daarmee niet zozeer een indicatie voor de GGZ. Het hulpverleningsaanbod sluit dus niet aan bij de wens van mevrouw.

De GGZ is echter creatief geweest in het aanbieden van hulp. Hier staat tegenover dat de financiering van dit traject discutabel is. Er is sprake van verslavingsproblematiek en dat biedt de GGZ instelling eigenlijk niet aan.

Interventie overzicht behorend bij casus 3

datum	Door	Uitgevoerde interventies	Resultaat
2006/06	Politie	Aanmelding voor Lokaal Zorgnetwerk in verband met overlast. Aanmelding bij de GGZ. Bemiddeling voor dochter naar begeleid wonen.	Geen overlastvermindering
2006/08	woningcorporatie	Aanmelding voor 'Laatste kans op Wonen', op advies van de rechter bij ontruimingsprocedure. Kinderen moeten elders gaan wonen	Overlast blijft, zoon blijft in de woning. Ontruiming volgt.
2006/12	Verslavingszorg	Opname, verblijfsduur onbekend.	
2006-2007	GGD	Outreachende Zorg	Mevrouw blijft zorg mijden.
2006-2007	GGD/Verslavingszorg	Ambulante behandeling en meerdere opnames op een detox-afdeling en een Time-Out voorziening	Terugval na vertrek uit deze voorzieningen.
2007-2008	GGD/Verslavingszorg	Ambulante behandeling en Outreachende zorg.	
2008	Politie	Aanmelding bij Toeleidingsteam Overlastgevers (TOG), inzet van GGZ op overlastreductie.	Zorgmijndend gedrag blijft. Overlast wordt wel minder.
2009	Politie/OM/RM	Opnieuw aanmelding bij TOG in verband met toenemende overlast. Detentie na een steekpartij. Bezoek van GGZ op verzoek van mevrouw zelf.	Reclasseringstoezicht door GGZ.
2010	Reclassering	Aanbod opname in Rotterdam, volgens voorwaarden	Weigert, wil niet uit buurt van zoon. Ontloopt hulpverlening.
2011	Traject Toewijzingscommissie van de Centrale Toegang	Traject toegewezen aan GGZ omdat mevrouw daar wel naar hulp vraagt en niet bij de verslavingszorg.	Mevrouw accepteert voorlopig de hulp.
Oktober 2011	GGZ	Opname in een Regionaal Intensief Begeleid Wonen voorziening (RIBW).	Overlast op straat is voorbij, vergelijkbare overlast blijft nu beperkt tot de woonvorm.

Casus 4, gemeente in de Alblasserwaard.

Persoonsgegevens

De casus betreft een 31 jarige man, alleenstaand en zelfstandig wonend. Mijnheer woont in het dorp waar hij is geboren. Hij is van Nederlandse afkomst en spreekt de taal goed. Zijn moeder woont in dezelfde gemeente en zij heeft uit een tweede relatie nog twee andere kinderen.

Omschrijving van het overlastgevende gedrag

Mijnheer veroorzaakt geluidsoverlast in zijn woning. 's Avonds en 's nachts gebeurt het regelmatig dat hij tegen de muren bonkt, harde muziek draait en schreeuwt en scheldt in zijn woning. De woningbouwvereniging heeft gezien dat er gaten in de muren en het plafond zitten ten gevolge van het gebeuk. De omwonenden doen melding van geluidsoverlast bij de politie.

Af en toe veroorzaakt mijnheer ook overlast buiten zijn woning. Hij heeft rommel in zijn tuin of schreeuwt en vernielt zaken buiten.

Zijn moeder maakt zich zeer veel zorgen om hem en klopt regelmatig bij hulpverleningsinstanties en de gemeente aan om de situatie op te lossen. Zij geeft aan dat haar zoon drank en drugs gebruikt en is van mening dat er ook sprake is van psychische problemen. Vrijwel wekelijks staat ze bij de politie op de stoep met een verzoek om hulp. Zij houdt echter de situatie in stand door, zodra er bijvoorbeeld door een huurachterstand mogelijkheden komen om gedwongen te interveniëren, de schulden voor haar zoon te voldoen. Daarnaast doet zij regelmatig zijn was en brengt zij boodschappen langs. Zij is door de hulpverlening, politie en de huisarts al aangesproken op haar rol bij het in stand houden van het probleem. Zij kan het echter niet over haar hart verkrijgen te stoppen met het geven van geld en praktische ondersteuning. Zij heeft bij de politie gemeld dat haar zoon haar bedreigt, zij is echter niet bereid tot het doen van aangifte.

Mijnheer mijdt iedere vorm van zorg. Hulpverleners en politie komen niet binnen. De zorgmijding is van dien aard dat hij hulpverleners, die bij hem aan de deur komen een bloempot op het hoofd dreigt te gooien. Alleen medewerkers van de woningbouwvereniging hebben de woning van binnen gezien.

Inventarisatie op leefgebieden

Huisvesting

Mijnheer woont zelfstandig in een huurwoning. Hij is hier gaan wonen nadat hij de ouderlijke woning heeft verlaten. Er is sprake van overlast door spullen in de tuin, omdraaien van dag/nacht ritme en geluidsoverlast. Buren doen veelvuldig melding van overlast bij de politie. De woningbouwvereniging heeft aangegeven dat zij niet over kan gaan tot een procedure voor uit huiszetting. Er is tenslotte geen sprake van een huurschuld. Om te komen tot een voldoende onderbouwd overlastdossier heeft de wijkagent met de omwonende afgesproken dat zij melding blijven doen van de overlast en dat de politie dit consequent registreert.

Inkomen/financiën

Mijnheer heeft wisselend een baan en heeft dan inkomen. Hij maakt geen gebruik van een uitkering in kader van de Wet werk en bijstand (WWB). Mijnheer heeft soms schulden waaronder een huurschuld. Deze wordt echter steeds door moeder afgelost.

Dagbesteding

Mijnheer is wisselend aan het werk. Verder is hij voornamelijk in de woning aanwezig.

Psychisch functioneren

Mijnheer gebruikt volgens zijn moeder alcohol en speed. Hulpverleners die hem bezoeken kunnen dit echter niet bevestigen of ontkennen. Mijnheer houdt ze zoveel als mogelijk letterlijk en figuurlijk op afstand.

De politie heeft wel geconstateerd dat twee van de mensen uit het sociale netwerk van mijnheer bekend zijn met het gebruik en/of de handel in harddrugs. Af en toe bezoeken deze mensen hem in zijn woning.

Moeder claimt dat mijnheer psychische problemen heeft. Ook de omwonenden constateren dat mijnheer regelmatig schreeuwend en scheldend in de woning aanwezig is. De omwoners geven bij de politie aan dat zij denken dat het overlastgevend gedrag van mijnheer het gevolg is van psychische problematiek. Door het consequent vermijden van contact met zorgverleners is er echter geen professioneel oordeel over de geestesgesteldheid van deze man beschikbaar.

Mijnheer wisselt wel zijn dag en nacht ritme om. In combinatie met de geluidsoverlast door schreeuwen en bonken op de muren past dit bij een psychotisch ziektebeeld. Voor een diagnose is vanzelfsprekend nader onderzoek nodig. Daarnaast heeft mijnheer mogelijk een internetverslaving.

Verstandelijke vermogens

Hierover is geen informatie beschikbaar, contact met hulpverlening wordt gemeden.

Sociaal functioneren

Mijnheer is het enige kind uit de relatie van zijn ouders. Moeder heeft daarnaast nog twee kinderen gekregen uit een andere relatie. Moeder woont in dezelfde gemeente en maakt zich ernstig zorgen om de zelfredzaamheid van haar zoon. Er zijn ook perioden dat er geen contact is.

Volgens de wijkagent heeft mijnheer een beperkte vriendenkring. Er komen wel af en toe mensen bij hem over de vloer. In ieder geval twee van hen zijn bekend in het drugscircuit.

Lichamelijk functioneren

Hierover zijn geen bijzonderheden bekend.

Praktisch functioneren

Er is weinig inzicht in het praktisch functioneren van mijnheer, hij laat niemand binnen. Er zijn wel perioden van schulden, waarna zijn moeder weer bijspringt. Tevens doet zij af en toe de was voor hem en haalt regelmatig boodschappen.

Behandelmotivatie

Mijnheer toont geen motivatie om zijn situatie te willen veranderen. Hij heeft ook weinig aanleiding om zaken anders aan te pakken omdat zijn moeder hem steeds behoedt voor de gevolgen van zijn uitblijvende acties.

Strafrechtketen

Door de aard van de overlast is het voor politie en justitie nauwelijks mogelijk om stappen te ondernemen. Er wordt geen aangifte gedaan van strafbare feiten, er zijn slechts talloze meldingen van

(geluid)overlast en rommel in de tuin. Enkele keren is mijnheer wel aangehouden in verband met vernieling en overlastgevend gedrag buiten de woning. In oktober 2011 is door het arrondissementsparket een zaak met betrekking tot een vernieling geseponeerd.

De wijkagent heeft binnen de politieorganisatie een aandachtsvestiging opgemaakt op de naam en het adres van mijnheer. Hierin is opgenomen dat hij in geval van een aanhouding als het enigszins mogelijk is, beoordeeld moet worden door een arts van de crisisdienst. Als er op het adres van mijnheer een melding wordt gedaan waar de Noodhulp van de politie actie op moet ondernemen gaan de agenten met deze achtergrondinformatie van de meldkamer op pad. In twee van deze gevallen is mijnheer tijdens zijn aanhouding inderdaad zo slecht aanspreekbaar dat de politie de crisisdienst inschakelt. Beide keren is mijnheer bij het onderzoek door de dienstdoende arts alweer dusdanig gekalmeerd dat deze een opname niet nodig acht. Er is niet langer sprake van gevaar voor de omgeving of mijnheer zelf, waardoor een gedwongen opname niet aan de orde is.

Ondervonden knelpunten

In deze casus is sprake van een situatie waarin de betrokken persoon zich niet herkent in de overlast- en zorgmeldingen. Hij heeft geen inzicht in de noodzaak van het aanpassen van zijn gedrag. Door goed bedoelde financiële en praktische ondersteuning van moeder leidt het uitblijven van gedragsveranderingen niet tot consequenties. In deze situatie kan de hulpverlening geen ingang vinden om een gewenste gedragsverandering te helpen realiseren.

Ook strafrechtelijk zijn er te weinig aanknopingspunten om tot vervolging over te gaan. Omwonende doen wel veel melding van geluidsoverlast maar er zijn nauwelijks aangiften van strafbare feiten. En de aangiften die er zijn, betreffen geringe feiten.

Ook de woningbouwvereniging heeft te weinig houvast om tot een uithuisplaatsing over te gaan. Het belangrijkste argument is dat er geen sprake is van een huurachterstand (deze wordt door moeder tenslotte telkens voldaan). De politie probeert met behulp van de omwonende en de huisarts van de betrokkene wel te doen aan dossieropbouw om aanpak door de woningbouwvereniging van de woonoverlast te ondersteunen. De woningbouwvereniging is hier echter nog niet toe overgegaan.

Bijlage 1 Casuïstiek

Interventie overzicht behorend bij casus 4

Datum	Door	Uitgevoerde interventies	Resultaat
2007/11	Lokaal zorgnetwerk	N.a.v. melding door moeder en de woningbouwcorporatie worden trajecten uitgezet om mijnheer te benaderen. Aanmelding bij verslavingszorg.	
2007/12	Bouman GGZ	Huisbezoeken bij mijnheer.	Niet aangetroffen, meneer belt wel terug. Hij wil geen hulp en heeft geen problemen.
2008/2	Bouman GGZ/GGZ	Gezamenlijk huisbezoek om te bekijken of er sprake is van verslaving en/of psychiatrische problematiek.	Geen constatering van redenen tot zorg.
2008/3	Woningbouwcorporatie	Aangesproken op rommel in de tuin.	Ruimt in overleg met de corporatie de boel op.
2009/3	Anoniem, bij meldpunt zorg en overlast.	Melding over zorgen over het ontstaan van schulden. Moeder treft een regeling en betaalt.	Mijnheer ziet geen reden om zijn gedrag te veranderen. Zijn probleem wordt opgelost door moeder.
2009/7	Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)	Heeft contact met mijnheer maar dit is kwetsbaar. Het contact is incidenteel. Als er contact is en het bevalt de cliënt niet dan verbreekt hij het direct.	
2010/7	GGD	Contact met de huisarts van moeder. Zij kan de situatie niet loslaten en houdt een en ander in stand.	
2010/7	Gemeente	Contact met het Lokale Zorg Netwerk (LZN) n.a.v. klachten van moeder. Er wordt geen zorg geboden. Bouman GGZ gaat langs bij mijnheer.	Mijnheer wil geen zorg, hij vindt dat hij geen probleem heeft.
2010/7	GGD/Gemeente	Overleg over uitkomsten, mijnheer ervaart geen probleem. Moeder betaalt de huur en hierdoor ervaart zoon geen gevolgen van zijn "niets ondernemen".	

Casus 5, Drechtsteden

Persoonsgegevens

De casus betreft een 41 jarige, zelfstandig wonende man. In de rapportage periode woont mijnheer met regelmaat samen en dan weer een periode alleen. Hij heeft twee kinderen van 14 en 15 jaar die bij hun moeder wonen. Mijnheer is van Nederlandse afkomst en zijn taalvaardigheid is voldoende.

Omschrijving van het overlastgevende gedrag

Mijnheer veroorzaakt extreme geluidsoverlast in de flat waar hij woont. Hij draait keiharde gabbermuziek. Het volume staat zo hard dat de wijkagent dit in zijn auto kan horen als het de straat in komt rijden.

De buurtbewoners zijn bang voor mijnheer. Mijnheer drinkt bier op de galerij van zijn flat. Hij scheldt medebewoners voortdurend uit en boezemt door zijn forse verschijning en zijn agressieve gedrag angst in. Het zoontje van mijnheer kopieert zijn gedrag en scheldt ook medebewoners uit.

Bezoekers van mijnheer veroorzaken ook overlast, zij plegen onder andere vernielingen in de flat.

Ook ten opzichte van zijn familie en relaties veroorzaakt hij grote overlast. Hij is een keer veroordeeld voor mishandeling van zijn moeder. Een relatie is geëindigd met ernstig huiselijk geweld.

Mijnheer heeft een hond die ook bijdraagt aan de angstgevoelens onder de buurtgenoten.

De hond van mijnheer is een Pitbullachtig type. Mensen zijn bang voor hem. Hij heeft al verschillende huisdieren van buurtgenoten aangevallen, ernstig verwond en zelfs gedood. Via een aanvraag van de politie is door de burgemeester een muilkorf- en aanlijngedod opgelegd. Dit gebod wordt over het algemeen goed nageleefd. Toch is er twee keer een incident geweest waarbij de hond zonder zijn muilkorf buiten was. Dit leidde tot een ernstig gewonde kat en een dode Jack Russel.

Inventarisatie op leefgebieden

Huisvesting

Mijnheer woont op dit moment in een huurwoning van een woningbouwcorporatie. Hij woont hier afwisselend alleen en met een vriendin. Ook een kind woont een periode bij hem. Door de jarenlange grote overlast is er een 'Laatste kans op wonen' traject gestart door de woningbouwcorporatie en de GGD. De voorwaarden (geen overlast veroorzaken en begeleiding in verband met drank- en drugsgebruik) zijn beide overtreden. Het juridische traject om mijnheer uit de woning te plaatsen is naar aanleiding hiervan gestart.

Een eerder traject om hem te ontruimen heeft het voor de rechter niet gehaald. De rechter heeft geoordeeld dat hij nog een laatste kans verdiende en een proeftijd van twee jaar opgelegd.

Inkomen/financiën

Mijnheer heeft een aantal periodes inkomen uit arbeid en in de tussenliggende periode is er sprake van een uitkering. Inmiddels is hij afgekeurd en heeft hij een inkomen via de WIA. Hij heeft moeite met het afhandelen van zijn financiën en wordt financieel bijgestaan door zijn ouders. Deze bijdrage is nodig omdat door de kosten van drank en drugs mijnheer anders zijn huur niet kan betalen.

Dagbesteding

Mijnheer heeft in de afgelopen jaren twee keer een baan. Verder heeft hij geen dagbesteding. De GGZ probeert mijnheer toe te leiden naar een goede dagbesteding. Dit was één van de voorwaarden voor de 'Laatste kans op wonen' die hem door de woningbouwvereniging is aangezegd. Aan deze voorwaarde heeft mijnheer niet voldaan.

Psychisch functioneren

Volgens zijn directe omgeving en de wijkagent is er sprake van zowel drank- als drugsgebruik. Mijnheer heeft GGZ contact in verband met het horen van stemmen. Hij wil niet meewerken aan reclasseringsrapportages.

Verstandelijke vermogens

Onduidelijk is of mijnheer een verstandelijke beperking heeft. Het gevoel van de veldregisseur van de GGD zegt dat mijnheer niet begrijpt wat de hulpverleningsinstanties van hem vragen. De verstandelijke vermogens van mijnheer zijn echter nooit onderzocht omdat mijnheer slecht toegankelijk is voor hulpverlening.

De wijkagent geeft aan dat mijnheer zeer berekenend kan zijn.

Door de woningbouwvereniging is al eens een traject gestart om mijnheer uit de woning te plaatsen. De rechter heeft toen besloten dat hem nog een laatste kans gegund moest worden en heeft daarbij als voorwaarde opgelegd dat er twee jaar lang geen sprake van woonoverlast mocht zijn. In deze twee jaar heeft mijnheer zich daadwerkelijk rustig gehouden. De dag dat de termijn eindigde is de overlast in alle hevigheid weer begonnen.

Ook sinds in het huidige uitzettingstraject de eerste formele brieven zijn verzonden dat de zaak wederom aan de rechter voorgelegd wordt, is het aantal overlastmeldingen bij de politie gedaald naar nul.

Sociaal functioneren

Mijnheer heeft een heel klein sociaal netwerk. Zijn ouders ondersteunen hem in een aantal zaken en vader (70+) heeft een baantje om de huur van mijnheer te kunnen betalen. Hij heeft goed contact met zijn zussen. Eén van hen draagt zorg voor zijn financiële administratie. Zijn familie geeft bij de wijkagent aan dat de zorg voor mijnheer voor hen zeer belastend is en dat hij hulp nodig heeft. De wijkagent heeft aangegeven dat er meer mogelijkheden zijn om hulp te verlenen als zij niet bij herhaling zijn problemen voor hem oplossen. Het is voor hen echter niet bespreekbaar mijnheer daadwerkelijk in de schulden terecht te laten komen.

De kinderen komen regelmatig bij mijnheer, de dochter woont zelfs een periode bij hem. Hij heeft wisselend een relatie. Eén relatie is geëindigd in huiselijk geweld. Mijnheer heeft zijn toenmalige vriendin met een gebroken bierfles ernstig verwond.

Lichamelijk functioneren

Er zijn geen lichamelijke beperkingen, mijnheer is mobiel.

Verslaving

Mijnheer is bekend met het gebruik van alcohol en softdrugs en speed. Het lijkt erop dat hij meer gebruikt in periodes dat het slecht met hem gaat, bijvoorbeeld als een relatie is stukgelopen.

Praktisch functioneren

Mijnheer zijn praktisch functioneren is matig. Hij heeft ondersteuning van zijn ouders nodig om zijn zaken te kunnen regelen. Door deze ondersteuning houden zijn ouders de situatie echter ook wel in stand. Het dossier vermeldt niets over de verstandelijke vermogens van mijnheer. Hij blijkt in juridische trajecten echter goed in staat zijn gedrag op het moment dat het er toe doet aan te passen. Zo is hij in strafrechtelijke trajecten niet veroordeeld omdat door het intimideren van potentiële aangevers er uiteindelijk geen aangifte volgde, omdat hij voor de rechter een verklaring van een arts kon overleggen dat hij een verslavingsprobleem had en dus geen veroordeling maar hulp nodig had of dat hij juist een nieuwe relatie had en daarom zo graag met een schone lei opnieuw wilde beginnen.

Behandelmotivatie

Er is voor mijnheer onvoldoende drijfveer aanwezig om zijn situatie daadwerkelijk structureel te veranderen.

Strafrechtketen

De politie ontvangt veel overlastmeldingen zoals geluidsoverlast door mijnheer en zijn bezoek en rondhangende jeugd bij de woning van mijnheer. Daarnaast zijn er aangiftes van bedreiging. In 2003/2004 zit mijnheer, op 33 jarige leeftijd, een detentie van ruim een half jaar uit wegens mishandeling van zijn moeder.

In de strafrechtelijke geschiedenis van mijnheer is sprake van veroordelingen voor diefstal, mishandeling en poging tot afpersing. Een even zo groot aantal zaken is op verschillende gronden geseponneerd: er is sprake van 19 zaken waarin mijnheer als verdachte is opgevoerd, dit heeft geleid tot 9 veroordelingen.

Ondervonden knelpunten

In dit dossier is een groot knelpunt dat de aard en hoeveelheid overlast onvoldoende bewijsbaar is. Buren en anderen uit de omgeving van de man durven slechts beperkt aangifte of melding daarvan te doen. Mijnheer boezemt zijn omgeving veel angst in. Daarbij is de overlast heel wisselend gedurende bepaalde perioden. Hij is echter al enkele jaren bekend met dit soort gedrag.

Het agressieve gedrag zorgt niet alleen voor het niet doen van melding of aangifte. Het zorgt er ook voor dat hulpverleners huiverig zijn zich met de casus te bemoeien. De agressie richt zich net zo makkelijk tegen hen.

Mijnheer mijdt zorg. Zelfs toen het als voorwaarde was opgenomen in de 'Laatste kans op wonen' heeft hij zich teruggetrokken uit zijn begeleidingstraject.

De familie van mijnheer houdt het probleem in stand door financieel en praktisch bij te springen. Er zitten dus onvoldoende consequenties aan zijn gedrag.

Mijnheer reageert met gewenst gedrag (ophouden met veroorzaken van overlast) als de consequenties van het gedrag ernstig zijn (uit huis plaatsing) en als hij daarvan voldoende doordrongen is. Het lukt echter niet deze 'stok achter de deur' langdurig te organiseren.

Ook in deze casus is sprake van een combinatie van problematiek. Mijnheer is bekend bij de GGZ met psychiatrische problemen en er is sprake van een verslaving. Behandeling of het oplossen van slechts één van de factoren die een rol spelen, leidt niet tot ophouden van de overlast.

Interventie overzicht behorend bij casus 5

Datum	Door	Uitgevoerde interventies	Resultaat
2007/5	Huisarts	Aanmelding mijnheer bij GGZ in verband met stemmen in zijn hoofd	Er komt geen contact tot stand, onduidelijk waarom.
2007/7	Politie	Aanmelding bij Lokaal Zorgnetwerk, start Out Reachende zorg	Er ontstaat wel contact, overlast wisselt.
2007/7	Corporatie	Overlastdossier opvragen bij bewoners.	Bewoners durven niet voldoende te melden.
2008/1	Bouman GGZ	Uitschrijving regulier, overdracht Out Reachend omdat mijnheer zijn afspraken niet nakomt	
2008/10	Politie	Overlastdossier t.b.v. ontruiming	Niet voldoende meldingen voor een stevig dossier.
2010/2	Politie	Herhaaldelijke melding van huiselijk geweld, overlast neemt weer toe.	Matig resultaat door verslaving en niet nakomen afspraken met de hulpverlening.
2011/1	Lokaal zorgnetwerk	Aanmelding GGZ na dreiging van opendraaien gaskraan.	Wel contact, geen overlastreductie.
2011/3	Corporatie	Aanmelding 'Laatste Kans op Wonen', inzet van GGZ en Verslavingszorg en Politie.	Onvoldoende reductie overlast
2011/10	Zorgmakelaar	Advies LKW af te ronden en ontruimingsprocedure te starten	Overlastmeldingen zijn gestopt

Casus 6, gemeente in de Hoeksche Waard

Persoonsgegevens

De casus betreft een 28 jarige jongeman, alleenstaand en ongehuwd. Hij is van Nederlandse afkomst en zijn begrip van de taal is voldoende. Mijnheer is enig kind.

Omschrijving van het overlastgevend gedrag

Mijnheer gebruikt al sinds zijn 14^{de} jaar drugs en alcohol en vanaf 2008 (hij is dan 25 jaar) zijn er meldingen van bedreigingen, mishandelingen en overlast bij zijn ouders thuis maar ook overlastgevend gedrag in de openbare ruimte (graffiti, drugsgebruik, extreem rechtse uitingen, etc.) Naar aanleiding van alle problemen wordt mijnheer tot twee keer toe opgenomen in een kliniek voor een behandeling van zijn verslaving. Deze behandelingen houdt hij niet vol waarna hij terugkeert bij zijn ouders. Na de behandelingen nemen de bedreigingen toe. Zijn ouders beheren zijn geld en daarom zet hij hen voortdurend onder druk met bedreigingen en geweld. Alles staat in het teken van het voorzien in zijn behoefte aan drugs en alcohol

De familie lijdt ernstig onder de druk die door hun (klein)zoon op hen wordt uitgeoefend. Daarnaast is ook de buurt erg bang voor hem. Vrienden van de familie kloppen uiteindelijk bij de burgemeester aan voor hulp. Zij zijn bang dat de dreiging en het geweld uiteindelijk zullen escaleren en dat er doden zullen vallen. Na het overlijden van zijn grootvader volgt een geweldsincident en bedreiging van familie in bijzijn van de politie. Bij dit incident wordt voldoende dossier opgebouwd om hem te kunnen aanhouden.

De politie heeft het druk met mijnheer. De omgeving klopt ook daar aan met hun zorgen. Zij komen ter plaatse als het gewelddadige gedrag ten opzichte van de ouders uit de hand loopt. Ook wordt de wijkagent een keer bij een situatie geroepen waarbij vader uit angst voor zijn zoon naar het dak gevlucht is en er vanaf dreigt te springen. Recent, na het opnieuw mislukken van een behandeltraject, staat de politie met acht man sterk bij de woning van de oma van mijnheer. Zij zijn gebeld omdat hij daar een tante met een verstandelijke beperking zou gijzelen.

Moeder wordt ten gevolge van de langdurig dreigende situatie opgenomen in een psychiatrische kliniek waar zij werkt aan haar burn-out verschijnselen en weerbaarheid om de complexe situatie met betrekking tot haar man en zoon aan te kunnen.

De wijkagent geeft aan dat mijnheer wel gevoelig is voor gezag. Zijn ervaring is dat het scheppen van duidelijkheid goed werkt. Er zijn geen voorbeelden dat mijnheer zich verzet heeft tegen de politie. Hij schetst bijvoorbeeld een situatie waarin hij ter plaatse komt na ernstige bedreiging van de ouders. Omdat er nog een rechtelijke machtiging open staat voor mijnheer is een ambulance gebeld om hem op te halen en naar een gesloten behandelinstelling te brengen. Mijnheer weigert mee te werken, is zeer bedreigend en de hulp van de wijkagent wordt ingeroepen. Deze maakt eenvoudig duidelijk dat er geen sprake is van een keuze maar dat mijnheer mee moet. Zonder geweld of dwangmiddelen stapt mijnheer vervolgens toch in de ambulance.

Inventarisatie op leefgebieden

Huisvesting

Mijnheer heeft enige tijd begeleid gewoond en heeft gebruik gemaakt van de laagdrempelige opvang voor psychiatrische patiënten. Omdat daar het drugsgebruik weer opnieuw begint wordt hij dak- en thuisloos. Hij slaapt soms buiten en af en toe bij het Leger des Heils als daar plek is. Hij maakt voor

zijn detentie en opname gebruik van verschillende adressen voor maatschappelijke opvang in Rotterdam en Dordrecht. Na het afbreken van een recente behandeling trekt hij toch weer bij zijn ouders in.

Inkomen/financiën

Mijnheer heeft op dit moment een zak- en kleedgeld tijdens een opname. Daarvoor is hij afhankelijk van diverse uitkeringen of zonder inkomen. Zijn moeder beheert zijn geld wat aanleiding is voor bedreiging door mijnheer.

Dagbesteding

Mijnheer beschikt op dit moment niet over een dagbesteding. Hij heeft wel werkervaring in de agrarische sector. Hij volgde een opleiding aan de Lagere Agrarische School / leerweg ondersteunend onderwijs. Na verschillende baantjes heeft hij tot zijn 23^e gewerkt in het bedrijf van zijn vader. Na het faillissement van dit bedrijf heeft hij geen dagbesteding meer gehad.

Psychisch functioneren

Mijnheer gebruikt sinds zijn 14^{de} jaar alcohol en drugs. Er is sprake van een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling bij een jongeman met beperkte verstandelijk vermogens.

In 2011 wordt hij op 28 jarige leeftijd psychiatrisch onderzocht in het kader van een Pro Justitia rapportage. Hierin wordt gerefereerd aan een eerder rapportage uit 2010.

De psychiater constateert dat er vooral sprake is van verslavingsproblematiek en een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling. In zijn persoonlijkheid staan afhankelijkheid, passiviteit en vermijden op de voorgrond. Hij heeft bijvoorbeeld wel wensen voor de toekomst (onderdak en een baan) maar onderneemt zelf niets om deze wensen te realiseren. Zijn afhankelijkheid richt zich vooral op zijn familie. Hij dwingt af dat hij zijn gang kan gaan in middelengebruik en dat tegelijkertijd anderen voor hem zorgen.

In de Pro Justitia rapportage worden de problemen als volgt geclassificeerd:

- As 1 Klinische stoornis: alcoholmisbruik, drugsverslaving, als laatste wiet en cocaïne
- As 2 persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven: vermijdend en afhankelijk met antisociale trekken
- As 3 Somatische toestand: geen bijzonderheden bekend
- As 4 psychosociale en omgevingsproblemen: uithuiszetting, werkeloosheid, problematische relaties tussen betrokkene en familieleden
- As 5 Niveau van functioneren voor het ten laste gelegde: GAF 30

Verstandelijke vermogens

Uit de verschillende rapportages blijkt dat er sprake is van een verstandelijke beperking. Mijnheer weet met 'streetwise' gedrag af te dwingen wat hij wenst of zich te onttrekken aan bijvoorbeeld een behandeling. Hij maakt daarvoor structureel gebruik van bedreiging en agressie.

Sociaal functioneren

Mijnheer is enig kind. Zijn vader heeft zelf al langere tijd een alcoholprobleem. Moeder is niet weerbaar tegen vader en zoon. De relatie tussen mijnheer en zijn ouders is al sinds vele jaren verstoord. Hij mishandelt zijn ouders. Vader leeft op een gegeven moment zelfs in de schuur terwijl de zoon in de woning verblijft. De ouders zijn radeloos. Mijnheer maakt een sociaal zwakke indruk en verkeert in een sociaal isolement. Het netwerk dat hij heeft is te vinden in de daklozenwereld en in de gebruikersomgeving.

Lichamelijk functioneren

Er is geen sprake van lichamelijke problematiek.

Praktisch functioneren

Mijnheer is onvoldoende in staat om zijn eigen zaken naar behoren te regelen. Hij onderkent momenteel dit probleem. Zo heeft hij aangegeven een behandelomgeving met beperkingen nodig te hebben omdat hij niet kan omgaan met vrijheden. Dit leidt bij hem tot terugval in drugsgebruik.

Behandelmotivatie

Voorheen is mijnheer niet gemotiveerd om wijzigingen aan te brengen in zijn omstandigheden. Behandelingen breekt hij voortijdig af waarna hij snel weer vervalt in het oude gedrag. Sinds zijn laatste detentie heeft mijnheer aangegeven wel te willen veranderen en verleent hij volledige medewerking aan zijn aanvraag RM. Recent staat mijnheer echter weer onverwacht bij zijn familie op de stoep na een incident in de behandelende instelling.

Strafrechtketen

Mijnheer komt in 1994 voor de eerste keer in aanraking met politie in verband met het overtreeden van de Opiumwet. Hij is dan 11 jaar. Vanaf 1997 tot 2011 zijn er 47 registraties bekend bij de politie. In 2008 volgt de eerste melding van huiselijk geweld door de ouders. Onder invloed van alcohol en drugs vernielt hij het interieur van de ouderlijke woning. Zijn ouders doen geen aangifte en hij hoeft de woning niet te verlaten. Kort daarna ontvangt de politie een anonieme brief waarin gemeld wordt dat mijnheer een bedreiging vormt voor de buurtbewoners.

Vrienden van de familie schakelen de burgemeester in omdat zij bang zijn dat de situatie escaleert en er slachtoffers zullen vallen. De burgemeester neemt het initiatief om met politie en OM een dossier op te gaan bouwen dat moet leiden tot een rechtelijke machtiging.

In november 2010, de dag na de uitvaart van zijn grootvader, is er sprake van ernstige bedreiging van familieleden in het huis van grootmoeder. Uit angst is de politie gewaarschuwd en een drietal politiemensen volgt vanaf de bovenverdieping de situatie in de woonkamer. Mijnheer verlaat de woning voor er sprake is van een geweldssituatie maar op dat moment zijn de betrokken familieleden bereid tot het doen van aangifte. Hiermee wordt een dossier gemaakt dat voldoende onderbouwing biedt voor een aanhouding. Mijnheer heeft de woning zonder zijn medicijnen verlaten. Hij belt hierover zijn moeder, die aangeeft dat zij ze naar het politiebureau zal brengen. Als hij bij het politiebureau arriveert, volgt een aanhouding. Uiteindelijk besluit de rechter op basis van het dossier tot het uitspreken van een rechterlijke machtiging voor een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Aanvankelijk lijkt de behandeling het gewenste effect te hebben en de instelling verzoekt om beëindiging van de rechtelijke machtiging wat eind 2011 ook gebeurt. Mijnheer blijft op vrijwillige basis, in een vrijer regime, wel onder behandeling. Daar gaat hij weer drugs en alcohol gebruiken waarmee het probleemgedrag terugkeert. Na een incident waarbij een medewerker van de instelling

met een hand tussen de deur komt wordt hij op straat gezet. Hij gaat vervolgens direct weer naar zijn ouders.

Ondervonden knelpunten

Binnen de hulpverlening is ervaren dat hulpverlening aan de cliënt moeizaam verloopt door zijn eigen gebrek aan motivatie. Hij heeft diverse opnames vroegtijdig afgebroken en hier kan de hulpverlening weinig aan veranderen omdat alle hulpverlening in een vrijwillig kader is geboden.

Een tweede knelpunt is de beschikbaarheid van een juiste opvangmogelijkheid. Mijnheer heeft ernstige verslavingsproblematiek in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis en een verstandelijke beperking. Het vinden van een goede behandelplek voor cliënten met deze combinatie van problemen blijkt zeer lastig. De aangeboden behandeling voor verslaving is in veel gevallen te hoog gegrepen voor deze doelgroep.

In 2011 krijgen de betrokken partijen (OM en GGZ) te maken met het probleem dat de regio's van het OM/Veiligheidshuis en de hulpverlening in de GGZ geografisch niet overeen komen. Op veiligheidsgebied valt de Hoeksche Waard onder de regio Zuid-Holland Zuid. Op gezondheidsgebied ligt het eiland ingeklemd tussen de regio Rotterdam Rijnmond en de Drechtsteden. De huidige begrenzing van hun verzorgingsgebieden leidt ertoe dat mijnheer in Rotterdam opgenomen moet worden. Formeel valt de Hoeksche Waard in het GGZ verzorgingsgebied onder de instellingen van Rijnmond. Daar wordt echter gesteld dat er onvoldoende regionale binding is om voorzieningen in Rotterdam aan te bieden aan deze jongeman. Na veel onderling overleg op directieniveau wordt een oplossing gevonden die voorkomt dat de rechter mijnheer aan een instelling toewijst.

Bijlage 1 Casuïstiek

Interventie overzicht behorend bij casus 6

datum	Door	Uitgevoerde interventies	Resultaat
2008	Delta	Opname voor 3 maanden met in bewaringstelling (IBS)	Verlaat instelling zonder traject af te maken.
2009	Pameijer	Initiatief Beschut Wonen (IBW) plaatsing Stad aan het Haringvliet (Goeree-Overflakkee)	Gaat toch drugs halen in Rotterdam, wordt uit de voorziening ontslagen.
2008/2010	Delta Bouman GGZ	Vele vrijwillige opnames, mijnheer gaat steeds weer tegen advies weg, kan de behandeling niet aan.	Verslaving en overlast nemen extreem toe
2010/8	Delta	Weigert een vrijwillige opname, gelet op ervaringen met eerdere opnames	
2010/8	Bouman GGZ	Opname met IBS, wordt niet bekrachtigd	Weer op straat
2010/9	Leger des Heils	Verblijft in laagdrempelige opvang Rotterdam	Overlast blijft Geweldsincident volgt
2010/11	Justitie/politie	Aanhouding en detentie in verband met dreiging en geweld tegen zijn familie.	
2010/12	Burgemeester	Verzoek aan OM/Veiligheidshuis voor bijzondere aandacht dossier	Opschaling naar Centrale Toegang
2011/1	OM/Veiligheidshuis	Aanmelding bij de Centrale Toegang voor een traject ex-gedetineerden	
2011/2	NIFP	Rapportage met advies wordt afgerond.	
2011/2	Veldregie Centrale Toegang	Opschaling in overleg met GGZ/Verslavingszorg/OM/advocaat/CT	Traject naar opname in gedwongen kader.
2011/3	Directeur BOPZ Dordrecht	Overleg met directie Delta en Bouman GGZ voor juiste toeleiding naar behandeling in Rotterdam Rijnmond	Akkoord over plaatsing
2011/4	Justitie	Toekenning RM voor 1 jaar op basis van aangeleverde stukken	
2011/4	Delta	Opname	Rechtelijke Machtiging eindigt december 2011. Na een incident in januari 2012 vertrekt mijnheer uit de instelling. Terugval in de verslaving lijkt het grootste probleem.

Casus 7, gemeente in de Hoeksche Waard

Persoonsgegevens

De casus betreft een 32 jarige man met de Nederlandse nationaliteit.

Omschrijving van het overlastgevend gedrag

Mijnheer woont, na een periode dakloos te zijn geweest in een caravan bij de ouderlijke woning. Omdat hij geen inkomen heeft pleegt hij voortdurend kleine diefstallen. Daarnaast heeft hij ook brand gesticht. Hij staat op de veelplegerlijst van de regio Zuid-Holland Zuid. Na een detentie in 2011 (hij is dan 32 jaar) stoppen de meldingen bij de politie. Er is vanaf dat moment geen teken meer van overlast in de omgeving. Mijnheer brengt zijn tijd door in zijn caravan en als hij drugs haalt doet hij dat in Dordrecht. Recent is er sprake geweest van het bekladden van een muur met een viltstift wat, gezien zijn nog steeds geldende status van veelpleger, reden is geweest voor een aanhouding.

Inventarisatie op leefgebieden

Huisvesting

Mijnheer gaat, als hij begin 20 is, na conflicten thuis het huis uit. Na vier jaar volgt een verhuizing omdat zijn eerste woning gesloopt wordt. In 2009 raakt hij op 30 jarige leeftijd dakloos in verband met een huurschuld. Hij woont een tijdje in kraakpanden en uiteindelijk betreft hij een caravan in de achtertuin van zijn ouders. Daar woont hij op dit moment nog.

Inkomen/financiën

Mijnheer heeft geen inkomen uit een uitkering. Aan het aanvragen daarvan weigert hij tot nu toe mee te werken. Van zijn ouders ontvangt hij ongeveer €20,- per maand. Zijn inkomen vult hij aan met het stelen van lege kratten om deze bij een andere winkel weer in te leveren.

De wijkagent heeft van zowel mijnheer zelf als van zijn ouders de informatie gekregen dat er sprake is van een schuld van ongeveer €9000.

Dagbesteding

Er is geen zinvolle dagbesteding.

Psychisch functioneren

Er is sprake van magisch denken: mijnheer dicht zichzelf onder andere voorspellende gaven toe. Hij zegt voorgevoelens te hebben, visioenen en hallucinaties. Hij is ook wel eens paranoïde geweest van de speed. Hij geeft in een gesprek met een psychiater aan meerder huizen, koopwoningen en bedrijven te hebben. Hij omschrijft zichzelf als multimiljonair.

De conclusie van de psychiater is dat het denken vooral inhoudelijk gestoord is door grootheid- en betrekkingswanen en de overtuiging dat hij helderziend zou zijn. Tevens schat hij in dat er sprake is van cognitieve achteruitgang.

Uit het rapport van de reclassering blijkt dat de reclasseringsmedewerker de indruk heeft dat mijnheer psychisch in de war is en hem ervaart als een man die een toonbeeld is van antiautoritair gedrag.

Uit de rapportages Pro Justitia:

As I: 295.30 schizofrenie, paranoïde type (waarschijnlijk)

304.30 cannabisafhankelijkheid

304.40 amfetamineafhankelijkheid

305.00 misbruik van alcohol

As II: uitgestelde diagnose, mogelijk narcistische kenmerken

As III: geen bijzonderheden

As IV: sociaal maatschappelijke verloedering, rechtsgang

As V: huidige GAF: 21 tot 30

De wijkagent bezoekt mijnheer meerdere keren per jaar in verband met zijn status als veelpleger. Tijdens deze bezoeken is mijnheer beleefd en vriendelijk maar maakt op geen enkele manier contact. Op vragen geeft hij geen antwoord.

Verstandelijke vermogens

Mijnheer heeft een HAVO diploma en een propedeuse HTS. In het tweede jaar van deze opleiding is hij gestopt.

In een IQ-test die wordt afgenomen tijdens het Pro Justitia onderzoek scoort mijnheer een totaal IQ van 109. Zijn probleemoplossend vermogen is echter zeer beperkt.

Sociaal Functioneren

Rond zijn 22^e verbreekt mijnheer het contact met zijn ouders. Hij stopt met zijn studie en wordt boos dat zijn ouders hem aansporen een baantje te zoeken. Hij heeft intussen een vriendin. Moeder probeert nog wel eens contact te zoeken, bijvoorbeeld door de post langs te brengen. In mei 2005 wordt het contact met zijn ouders hersteld, hij woont dan alleen op een bovenwoning en heeft onbetaalde rekeningen. Zijn ouders helpen hem in die periode zowel praktisch als financieel. Sinds 2 jaar woont hij in de caravan in de achtertuin, eet 's avonds bij zijn ouders en krijgt van hen ongeveer 20 euro zakgeld per maand. Zijn oudere broer mijdt ieder contact met hem. Zijn ouders zijn zich ervan bewust dat zij het probleem in stand helpen te houden door mijnheer onderdak te bieden en van wat geld te voorzien. Zij willen hem echter niet laten vallen.

Momenteel lijkt mijnheer verder alleen contact te hebben met mensen uit het drugsmilieu. In de psychologische rapportage Pro Justitia wordt gesproken over een diep sociaal isolement door het onvermogen van mijnheer om aansluiting te vinden bij anderen.

Lichamelijk functioneren

Er zijn geen problemen op lichamelijk gebied.

Verslaving

Mijnheer rookt vanaf zijn 18^e dagelijks cannabis. Later raakt hij ook verslaafd aan speed en alcohol (bier).

Praktisch functioneren

Door zijn psychische problemen is mijnheer niet in staat zijn eigen zaken te regelen.

Behandelmotivatie

Er is reclasseringstoezicht door het Leger des Heils opgelegd met een proeftijd van juli 2010 tot juli 2012. Dit toezicht is intussen geretourneerd. Mijnheer weigert mee te werken aan het aanvragen van een uitkering, nodig om zijn zelfredzaamheid te vergroten. De reclassering en mijnheer zijn het erover eens dat het toezicht niet tot een tastbaar resultaat leidt.

Mijnheer is niet gemotiveerd voor een behandeling. Afspraken met hulpverlening worden structureel niet nagekomen, zelf neemt hij geen enkel initiatief om zijn situatie te veranderen.

Strafrechtkenen

Op zijn 19^e komt mijnheer voor het eerst in aanraking met justitie voor mishandeling en het verlaten van de plaats van ongeval na een aanrijding. Acht jaar later komt hij weer in beeld naar aanleiding van een vernieling. In 2009 volgen straatschenderij (1x), vernieling (2x), brandstichting (1x) en diefstal (3x). In 2010 pleegt hij opnieuw een diefstal. Na in totaal 4 maanden en 3 dagen gevangenisstraf en meerdere geldboetes staat hij intussen te boek als veelpleger.

In oktober 2011 wordt, naar aanleiding van de diefstal van twee kratten met lege flessen, opname in een psychiatrisch ziekenhuis gedurende een jaar gevorderd. Hiervoor is een dubbelrapportage noodzakelijke en zowel de onderzoekende psycholoog als psychiater achten mijnheer op basis van zijn ziektebeeld volledig ontoerekeningsvatbaar. De rechtbank besluit anders omdat zij van mening is dat aan het gevaarcriterium dat nodig is voor deze maatregel onvoldoende is voldaan. Wel is de rechtbank van oordeel dat mijnheer behandeling nodig heeft en vindt zij dat de behandel mogelijkheden voor mijnheer via het ambulante circuit niet zijn uitgeput. Recent is mijnheer opnieuw aangehouden, deze keer voor het bekladden van een muur met een viltstift.

Hulpverleningsgeschiedenis

In een gesprek met een psycholoog in het kader van een Pro Justitia onderzoek vertelt mijnheer dat hij ooit een paar maanden onder behandeling van de GGZ is geweest in verband met depressieve klachten.

Ondervonden knelpunten

De combinatie van een zeer ernstige psychische stoornis en verslavingsproblematiek is gecompliceerd. Mijnheer is volstrekt niet gemotiveerd zich te laten behandelen of andere stappen te ondernemen om zijn situatie te veranderen.

De vergrijpen die mijnheer pleegt zijn relatief gering waardoor het lang duurt om via de strafrechtelijke route een behandeling op te leggen. Mijnheer is al jaren in beeld bij justitie voordat er nader onderzoek wordt gedaan naar zijn psychische gesteldheid. In een reclasseringsadvies van 23-12-2010 komt voor het eerst het advies mijnheer te laten onderzoeken door een gedragsdeskundige.

Door de zorg van zijn familie ontstaat niet zo snel een situatie waarin sprake is van maatschappelijke teloorgang, wat ook een basis kan zijn om mijnheer in het kader van de BOPZ te laten behandelen. De mogelijkheden voor dwang en drang in behandeling zijn dus beperkt.

Bijlage 2: Geraadpleegde literatuur

Assertive Community Treatment, bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. Onder redactie van Niels Mulder en Hans Kroon, 2009

Sociale netwerk analyse in het tbs systeem. L. Pomp en S. Bogaerts, Justitiële verkenningen, jrg. 34, nr 5, 2008

Developing well-targeted tools for the active inclusion of vulnerable people. Rienk Prins, Oslo, oktober 2009

The operation and experience of Multi-Agency Public Protection Arrangements (MAPPA). Jason Wood, Hazel Kemshall et al. Online Report 12/07, 2007

IQ met beperkingen, de mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht. Isolde Woittiez, Michiel Ras, Debbie Oudijk, Sociaal en Cultureel Planbureau, februari 2012

Alcoholisten binden met bier. Eugène Schouten, Medisch Contact, 65 nr. 22, juni 2010

Multiproblematiek bij cliënten, verslag van een verkenning in relatie tot (arbeids)participatie. Mr. Dr. Hans Bosselaar, drs. Erica Maurits, drs. Petra Molenaar-Cox, dr. Rienk Prins, juli 2010

'Blijvend delictgevaarlijk'- empirische schattingen en conceptuele verheldering. C.H. de Kogel, C. Verwers, V.E. den Hartogh, 226 Onderzoek en beleid WODC, 2005

<http://www.mappayorkandnorthyorkshire.org.uk>, geraadpleegd dd. 10 april 2012

Wet BOPZ in kort bestek. W. van Bennekom, evaluatiedatum juli 2012

Probleemanalyse en plan van aanpak preadvies 'Samenhang ggz en forensische zorg'. C.M. Scholten, september 2011

www.eigen-kracht.nl, geraadpleegd dd. 28 mei 2012

Bijlage 3: Betrokken personen

Praktijkteam

Willem Gradisen, burgemeester van de gemeente Liesveld en bestuurlijk trekker van het project

Thera Habben Jansen, extern projectmanager

Marianne Muijzer en Harry Wouters, Veiligheidsmaatschappij Zuid-Holland-Zuid

Martine den Ouden, gemeente Dordrecht

Martin Scholtz, ministerie van Veiligheid en Justitie

Wim van Natijne, officier van Justitie parket Dordrecht

Eline Kortman, GGD Zuid-Holland Zuid

Arie van Driel, politie Zuid-Holland-Zuid

Kwaliteitsborging

Walter van Bennekom, geneesheer-directeur van Yulius

Bijdragen aan de casuïstiek

Gerda Noordhoek, veldregisseur GGD Zuid-Holland Zuid

Hanneke Twigt, wijkagent Politie Zuid-Holland-Zuid

Frank Kwakernaak, wijkagent Politie Zuid-Holland-Zuid

Pieter van de Velde, wijkagent Politie Zuid-Holland-Zuid

Pieter Kuijper, wijkagent Politie Zuid-Holland-Zuid

Atje Fer, wijkagent Politie Zuid-Holland-Zuid

Reini Melissant, burgemeester gemeente Korendijk

Mark de Jong, psychiater en portefeuillehouder OGGZ bij Yulius

Experts

Drs. Y.W. (Yoep) Choy, organisatieadviseur, psycholoog en psychotherapeut

Drs. E.C.J.E. (Sjef) Czyzewski, voorzitter van de Raad van Bestuur van Bouman GGZ

Prof. Dr. F. L. (Frans) Leeuw, directeur van het WODC, hoogleraar Recht, Openbaar Bestuur en Sociaal wetenschappelijk onderzoek

Prof. Dr. H.J.C. (Hjalmar) van Marle, hoogleraar forensische psychiatrie

Prof. Dr. C. L. (Niels) Mulder, hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Dr. R (Rienk) Prins, directeur van AStri beleidsonderzoek en -advies

Bijlage 4: Multi Agency Public Protection Arrangements (MAPPA)

In Groot-Brittannië bestaat sinds 2001 een verplichte samenwerking bij het omgaan met daders van sexuele en geweldsdelicten. De Multi-Agency Public Protection Arrangements (MAPPA) zijn niet het product van een aparte organisatie. Het is een manier van werken die de bij de dader betrokken organisaties in staat stelt hun verantwoordelijkheden te kunnen nakomen.

De dader staat in de samenwerking centraal. Alle acties zijn erop gericht geïdentificeerde risico's te minimaliseren. De politie, reclassering en het gevangeniswezen zijn verantwoordelijk voor het identificeren van daders met een hoog risico op recidive, de daadwerkelijk risico analyse en het maken van een plan voor het beheersen van het risico. Een aantal andere partijen (onder meer kindbescherming, de Britse variant van het UWV, woningbouwcorporaties en zorgverleners) hebben de verplichting tot meewerken in een MAPPA. Het verplichte karakter van de samenwerking is in de wet vastgelegd.

Uit evaluatie van de werkwijze blijkt dat de partijen de beschikbaarheid van medewerkers uit de deelnemende organisaties en het gestructureerd delen van informatie positief waarderen.

Knelpunten zijn echter ook herkenbaar: door een toenemend aantal gegadigden voor de MAPPA aanpak stijgt de caseload en voorzieningen als huisvesting en therapieën zijn door een kleiner aanbod dan vraag nog steeds moeilijk tijdig te realiseren.

De personen die het onderwerp zijn van een aanpak volgens de MAPPA stellen met name de directe contacten met hun contactpersoon op prijs. Zij hebben minder zicht op het team dat zich bezig houdt met de risico-inventarisatie en het besluiten over de aanpak.

De MAPPA's voldoen in ieder geval aan één voorwaarde die door de experts tijdens de Expertmeeting op tafel is gelegd: het is duidelijk wie de regie op de casus heeft. Sterker nog, dit is wettelijk vastgelegd. Tegelijkertijd zijn er per regio nog wel verschillen in de wijze waarop de 'duty tot co-operate' is ingevuld. De partijen die hierbinnen vallen zijn benoemd maar hun bijdrage is nog niet eenduidig gekwalificeerd.

Bijlage 5: Persbericht wet op de forensische zorg

Wetsvoorstel forensische zorg ingediend bij de Tweede Kamer

Persbericht | 08-06-2010

Met een vernieuwing van de forensische zorg kan worden voorkomen dat personen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking in een justitiële inrichting terecht komen terwijl ze daar eigenlijk niet thuis horen. Een goede zorg als onderdeel van de straf kan het aantal gevallen van recidive verminderen. Daarom heeft minister Hirsch Ballin van Justitie het Wetsvoorstel forensische zorg ingediend bij de Tweede Kamer. Het wetsvoorstel biedt de officier van justitie en de rechter diverse mogelijkheden om iemand sneller geestelijke zorg te bieden.

Vooraf in het gevangeniswezen worden steeds meer personen opgenomen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking. De mogelijkheden om deze groep te behandelen zijn in het gevangeniswezen begrensd, en voor zover aanwezig, kan de behandeling vaak niet worden afgemaakt, omdat na afloop van de gevangenisstraf plaatsing van de gedetineerde in een instelling van geestelijke gezondheidszorg niet altijd zonder problemen verloopt. Directe terugkeer kan leiden tot snelle terugval in oorspronkelijk gedrag en daarmee tot recidive. Om dit te voorkomen wordt het mogelijk in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In de voorfase kan de officier van justitie een afweging maken of een strafrechtelijke vervolging of het aanvragen van een (zorg)machtiging op grond van de Wet BOPZ (dan wel de nieuwe wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) de passende maatregel is. Ook in de fase van het vonnis van de rechter en na afloop van de verleende forensische zorg moet zijn voorzien in een goede aansluiting. Als de strafrechter de verdachte geen forensische zorg oplegt of besluit om de tbs niet te verlengen, kan hij een zorgmachtiging afgeven. Verder krijgt de strafrechter de bevoegdheid om op voorstel van het openbaar ministerie een (zorg)machtiging af te geven aan een forensische patiënt met een psychische stoornis aan wie na afloop van de strafrechtelijke titel onvrijwillige zorg moet worden verleend.

Bij de forensische zorg gaat het om een veelheid aan strafrechtelijke titels, zoals tbs met proefverlof, een voorwaardelijke veroordeling, een sepot met voorwaarden, plaatsing in een inrichting voor veelplegers en overbrenging vanuit het gevangeniswezen voor hulpverlening of naar een psychiatrisch ziekenhuis. De Directie Forensische zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) koopt de zorg rechtstreeks in bij de aanbieders. Alle forensische zorg wordt daarmee centraal ingekocht en wordt aan de hand van een uniforme methode bepaald welke zorg en plaatsing nodig is. Het nieuwe wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg vervangt de huidige Wet BOPZ.

Bron: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/persberichten/2010/06/08/wetsvoorstel-forensische-zorg-ingediend-bij-de-tweede-kamer.html> , geraadpleegd dd. 28 maart 2012

Bijlage 6: Persbericht wetsvoorstel verplichte ggz

Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg vervangt Wet Bopz

Nieuwsbericht | 24-11-2008

Er komt een nieuwe wettelijke regeling met zorg op maat voor mensen die door een psychische stoornis zichzelf of anderen ernstige schade dreigen toe te brengen.

Bopz



Dit blijkt uit het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg dat minister Hirsch Ballin van Justitie, mede namens minister Klink, heeft opgesteld. Het voorstel vervangt de huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

Zorgmachtiging

Om de risico's weg te nemen kan de rechter straks één zorgmachtiging afgeven met een keuze uit verschillende vormen van verplichte zorg, zoals een ambulante behandeling, verzorging of begeleiding.

Gedwongen opname

Gedwongen opname blijft bestaan. Maar het voorkomen van dwang krijgt voorrang. Eerst zullen alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg volledig moeten worden benut.

Meer informatie en het wetsvoorstel vindt u op de site van het [ministerie van Justitie](#) .

Bron: <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2008/11/24/wetsvoorstel-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg-vervangt-wet-bopz.html>, geraadpleegd 28 maart 2012

Bijlage 7: Taskforce Overlast gemeente Dordrecht

Sinds de zomer van 2010 is in Dordrecht de Taskforce Overlast in de Openbare Ruimte actief. De Taskforce richt zich op het verminderen van de overlast die veroorzaakt wordt door twee groepen van overlastgevers in twee gebieden.

Dordrecht moet een veilige stad zijn waar het prettig leven is, nu en in de toekomst. Soms staat de leefbaarheid en veiligheid onder druk, bijvoorbeeld door overlast van individuen of groepen. Een Taskforce Overlast moet de overlast verminderen, die veroorzaakt wordt door twee groepen in twee gebieden:

- Verslaafde dak- en thuislozen in het Centrum;
- Overlastgevende en mogelijk criminele personen in de Colijnstraat en omgeving.

De Taskforce Overlast werkt samen met verschillende organisaties, waaronder de politie, woningcorporaties en zorginstellingen. Ook bewoners worden betrokken bij de Taskforce Overlast.

De overlast pakken we aan op drie manieren:

- We bieden overlastgevers kansen op een betere toekomst, op bijvoorbeeld werk en scholing;
- We zorgen voor voldoende (zorg)voorzieningen verspreid over de stad, zoals nachtopvang en begeleid wonen;
- We treden op bij overlast en criminaliteit.

Aanpak overlast Colijnstraat

“Man, 38, werkloos, geen uitkering, verdient geld met handel in drugs. Veroorzaakt overlast op straat, vaak in een groep waarin hij de baas is. Hij laat kwetsbare jongeren het vuile werk doen.”

In de Colijnstraat en omgeving staat de leefbaarheid en veiligheid al geruime tijd onder druk. Bewoners voelen zich onveilig in hun buurt. Er is sprake van criminaliteit, geluids- en drugsoverlast. De overlast wordt veroorzaakt door mensen die zich schuldig maken aan crimineel gedrag of daarin terecht dreigen te komen. Wie zijn leven wil veranderen, krijgt kansen. Wie deze kans niet aangrijpt of opnieuw in de fout gaat, wordt hard aangepakt.

Aanpak overlast Centrum

“Vrouw, 46, raakt dakloos door een woningbrand waarbij ze haar beide kinderen verliest. Ze raakt verslaafd aan alcohol en drugs, is verward en wantrouwend, weigert hulp.”

In het centrum van Dordrecht staat de leefbaarheid en veiligheid onder druk. Er is onder andere sprake van overlast door verslaafde dak- en thuislozen. Deze overlast is veelal een gevolg van verslaving of psychiatrische problemen. Om de overlast te verminderen hebben deze mensen in de eerste plaats zorg nodig. Denk bijvoorbeeld aan verslavingszorg, psychiatrie, maar ook huisvesting en dag- en nachtopvang. Daarnaast spreken we mensen die overlast veroorzaken aan op hun gedrag. Waar nodig treden we op.

Hoe doen we dat?

Voor de aanpak van overlast in het centrum en in de Colijnstraat en omgeving is per gebied een aanvalsplan opgesteld. In de aanvalsplannen staan de maatregelen en acties beschreven die er toe moeten leiden dat de overlast afneemt. Alle betrokken partijen hebben zich geëngageerd aan deze aanvalsplannen. Maandelijks komen de partijen bij elkaar om de voortgang te bespreken; aan tafel vindt afstemming plaats en ontstaan dwarsverbanden.

Een belangrijk speerpunt vanuit de Taskforce Overlast is de doorontwikkeling van de ketensamenwerking; het verbeteren en verstevigen van de samenwerking tussen zorg-, veiligheid- en handhavingpartners. Doel is te komen tot een goede samenwerking waarbij organisaties elkaar (nog beter) weten te vinden en organisatieoverstijgend gaan werken. De gemeente, justitie, politie en de maatschappelijke zorgpartners hebben de handen ineens geslagen om te komen tot deze scherpe(re) aanpak. Dit wordt gedaan door enerzijds goede zorg- en hulpverleningstrajecten en huisvestingsvoorzieningen aan te bieden en anderzijds het waarborgen van de veiligheid door streng op te treden tegen overlastgevers. Juist deze combinatie zorgt voor een extra kwaliteitsslag op de basis die de afgelopen jaren al in Dordrecht is gelegd. Door een intensievere samenwerking, concrete kwaliteitscriteria en een scherpe taak- en rolverdeling tussen alle partners voorkomen we dat mensen tussen wal en schip vallen. De vrijblijvendheid is er van af.

Bij gebleken succes zal deze werkwijze ook in de andere zorg- en veiligheidsketens kunnen worden geïmplementeerd.

Bijlage 8: Initiatieven uit andere regio's

Het praktijkteam heeft tijdens deze verkenning vele andere initiatieven voor de aanpak van verschillende overlastgevende groepen en individuen aangetroffen:

Amsterdamse Top600 aanpak, www.amsterdam.nl/top600

Aanpak Woonoverlast, gemeente Rotterdam, [aanpak woonoverlast Rotterdam](#)

Zorgcentrum voor dakloze alcoholisten, Centrum Maliebaan Amersfoort, [Alcoholisten-binden-met-bier](#)

'Achter de voordeur', project voor multiprobleemgezinnen, [e-boek-aan-de-slag-achter-de-voordeur](#)

'De onaantastbaren', onderzoek door de Landelijke Expertisegroep Veiligheidspercepties, [De Onaantastbaren De destructieve doorwerking van onaantastbaren in wijk en buurt](#)

Bijlage 9: Afkortingen

ACT	Assertive Community Treatment
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CIOS	Centraal Instituut Opleiding Sportleiders
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CT	Centrale Toegang
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FACT	Functie Assertive Community Treatment
FOBA	Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
GAF	Global Assesment of Functioning
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HTS	Hogere Technische School
IBS	In bewaringstelling
IBW	Initiatief Beschut Wonen
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
KIB	Kliniek Intensieve Behandeling
LKW	Laatste Kans op Wonen
LZN	Lokale Zorg Netwerk
MAPPA	Multi-Agency Public Protection Arrangement
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
OM	Openbaar Ministerie
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
RIBW	Regionaal Intensief Begeleid Wonen voorziening
RM	Rechtelijke Machtiging
TOG	Toeleidingsteam Overlastgevers
V en J	ministerie van Veiligheid en Justitie
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WWB	Wet Werk en Bijstand
WWV	Wet Werken naar Vermogen
ZVW	Zorgverzekeringswet

Colofon

De praktijkverkenning is uitgevoerd in opdracht van de Veiligheidssociëteit Zuid-Holland Zuid en in samenwerking met het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

De Veiligheidssociëteit is een regionaal platform veiligheid, in de regio Zuid-Holland Zuid. Ze vindt haar legitimiteit in het Regionaal College. Het is een samenwerkingsverband tussen de 19 gemeenten, politie Zuid-Holland-Zuid en het Arrondissementsparket Dordrecht.

Auteur: Thera Habben Jansen, THJ projectmanagement en advies, tel 06 11 31 72 53

Het digitale rapport is te downloaden op de website van de Veiligheidssociëteit Zuid-Holland Zuid <http://www.veiligheidssocieteit-zhz.nl/>