

*Percepties over radicalisering en psychische problematiek binnen
de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en het Veiligheidsdomein*

(Valse) verwachtingen van elkaars rol, kennis en mogelijkheden

Bram Sizoo en Bertjan Doosje

Met financiële steun van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid
Ministerie van Justitie en Veiligheid

ORCAT
Psychiatrisch Onderzoek, Research,
Consultatie, Advies & Training


UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

20 juni 2020

Voorwoord

Het voorstel om onderzoek uit te voeren naar percepties onder professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en het veiligheidsdomein (VHD: Nationale Politie, Koninklijke Marechaussee en Openbaar Ministerie) naar radicalisering in combinatie met psychische problematiek, is uit de empirie ontstaan. Bram Sizoo is als psychiater bekend met beide domeinen en Bertjan Doosje richt zich als sociaalpsycholoog op dit onderwerp. Beiden constateerden dat samenwerking tussen beide domeinen op het gebied van radicalisering niet altijd soepel lijkt te verlopen, zowel voor wat betreft preventie als de aanpak. Het vermoeden is dat dit berust op verschillen in de percepties over radicalisering als fenomeen, en hoe die twee domeinen zich daartoe verhouden of zouden moeten verhouden, waardoor men elkaar wel hoort maar niet verstaat.

Als de percepties over het onderwerp inderdaad fundamenteel verschillen, zou dat kunnen betekenen dat er een kloof is tussen twee referentiekaders, wat de samenwerking kan belemmeren en de veiligheid voor de geradicaliseerde betrokkenen en de samenleving nadelig kan beïnvloeden. Om die reden vonden onderzoekers het van belang om deze hypothese te toetsen en vonden steun voor dat voornemen bij de NCTV en het WODC. Dit onderzoek is dankzij de financiële steun van de NCTV gerealiseerd en is uitgevoerd door dr. Bertjan Doosje en mr.dr. Bram Sizoo, onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Opvallend was de grote bereidheid in zowel de GGZ als het VHD om tijd te investeren in de interviews, vragenlijsten en focusgroepen, waar we in dit onderzoek gebruik van hebben gemaakt. Het onderwerp spreekt professionals aan, wat een verlangen naar betere samenwerking tussen de domeinen lijkt te weerspiegelen. De onderzoekers hadden dit project niet kunnen uitvoeren zonder die inzet van alle participanten – waarvoor veel dank. Onze grote dank gaat ook uit naar de leden van de klankbordgroep: drs. Joost van Rossum (NCTV, Den Haag), prof.dr. Berno van Meijel (Hogeschool Inholland, Amsterdam), drs. Jaap van den Berg (VWS, Den Haag), drs. Wilfried Ekkers (Parnassia, Den Haag), dr. Roland van der Sande (Hogeschool Utrecht), en mw. Sandra Burger (politie, Den Haag). Ten slotte danken we dr. Marnix Croes (WODC, Den Haag) en drs. Joost van Rossum (NCTV, Den Haag) voor hun adviezen.

Zutphen, Amsterdam, 20 juni 2020

Bram Sizoo en Bertjan Doosje



bram@orcat.nl

e.j.doosje@uva.nl

Samenvatting

De huidige 'PERCEPT'-studie beoogt te onderzoeken of er verschillen bestaan tussen de percepties van professionals in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en professionals in het veiligheidsdomein ten aanzien van radicalisering. Het gaat daarbij met name om de met radicalisering geassocieerde percepties over taken en rollen in het eigen domein versus die in het andere domein. De reden hiervoor was dat deze wederzijdse percepties mogelijk ten grondslag zouden kunnen liggen aan de soms stroef lopende samenwerking tussen de professionals uit deze twee domeinen.

Het onderzoek maakte gebruik van (1) focusgroep discussies, (2) een kwantitatieve survey, en (3) diepte-interviews. Aan het onderzoek hebben in totaal 163 professionals uit beide domeinen tussen januari 2019 en april 2020 een bijdrage geleverd.

De resultaten wijzen op duidelijke verschillen in percepties over taakopvatting tussen de deelnemers uit de GGZ en het veiligheidsdomein, die naar alle waarschijnlijkheid ook ten grondslag liggen aan de verschillen in perceptie over radicalisering. Beide domeinen blijken een eigen, maar fundamenteel verschillend, referentiekader te hebben, wat naar andere primaire taakopvattingen verwijst. Voor de professionals uit de GGZ is dat kader het welzijn van de patiënt, voor de professionals uit het veiligheidsdomein is dat de veiligheid van de samenleving. Daar waar de taakopvattingen botsen ontstaat een kloof die de communicatie en afstemming over maatschappelijke problematiek verstoort, wat voor misverstanden en veiligheidsrisico's zorgt, ook als er sprake is van (een vermoeden van) radicalisering.

Door vanaf het begin van professionele carrières, op alle niveaus, aandacht te besteden aan de missie, de rol en de (on-) mogelijkheden van andere domeinen groeit een wederzijds begrip en zou die kloof smaller kunnen worden, zodat er op een meer constructieve manier samen kan worden opgetrokken in de preventieve aanpak van maatschappelijke problematiek, zoals criminaliteit.

Deze algemene conclusies sluiten naadloos aan bij de aanpak van radicalisering, met dien verstande dat samenwerking op dit gebied, zeker in de aanwezigheid van psychische problematiek, op meer barrières stuit. Dit blijkt onder andere uit de terughoudendheid in de GGZ om (geloofs-) overtuigingen (anders dan wanen) een onderwerp in de behandeling te laten zijn. Het blijkt ook uit het tekortschieten in beide domeinen van kennis over de processen, uitingen, risico's en culturele achtergronden van radicalisering.

Professionals in alle domeinen zouden zich minimaal bewust moeten zijn van de mogelijkheid dat personen waar zij mee te maken krijgen, kunnen radicaliseren op een manier die risico's vormt voor de samenleving. Vanuit een vroege signalering is verdere duiding door deskundigen noodzakelijk om die vroege signalen geprotocolleerd op te volgen, zonder mensen te stigmatiseren en daarmee onbedoeld een averechts effect teweeg te brengen. Hierin liggen mogelijkheden voor een verdere uitbouw en professionalisering van de zorg- en veiligheidshuizen in Nederland.

Summary

The current 'PERCEPT' study aims to explore differences in perception among professionals in the security domain (police, military police, and public prosecutor's office) and the mental health care domain on radicalization. The study focusses especially on tasks and roles related to the management of radicalization, both in the own domain as in the 'other' domain. The reason was that these perceptions are thought to underly instances of poor cooperation between professionals in these domains.

The study method included (1) focus group discussions, (2) a quantitative survey, and (3) in-depth interviews. Between January 2019 and April 2020, 163 professionals participated in the project.

The results point to clear differences in perceptions on task responsibilities between professionals of both domains, which may also underly the uncovered differences in perception with respect to radicalization. The two domains have fundamentally different frames of reference which appear to be linked to specific professional role assumptions. Mental health care professionals are primarily concerned with the wellbeing of patients, whereas professionals in the security domain regard public safety as their prime objective. The differences in task perception hamper communication and have a negative impact on negotiations about problems in society, including (suspected) radicalization.

This gap between the domains could decrease by increasing mutual trust and understanding by paying attention to the mission, roles, capability and incapability of professionals in the 'other' domain, right from the initial training courses. A sound knowledge of what can be expected from each other will enhance effective prevention of social problems, like criminality.

This also applies to the management of radicalized individuals, which becomes more complicated when there are co-occurring mental health problems. Professionals from both domains may lack knowledge of the manifestation, cultural background, and pathways leading up to radicalization. Professionals in mental health care may show a reluctance to deal with (religious) beliefs (not being delusions) in a treatment setting.

Professionals in all domains should have a basic awareness of the possibility that individuals who are subject to their professional activities, can harbor radical sentiments, which may develop into a security risk for society. Early warning signs detected by first line workers should be followed up by expert interpretation, preventing unwanted stigmatization of individuals, which may induce a counterproductive result. This calls for an exploration of further development of the Care and Safety House constructions in the Netherlands.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
Inleiding.....	10
Achtergrond	10
Percepties over radicalisering in professionele domeinen	11
Terrorisme, radicalisering en psychopathologie.....	12
Radicalisering, terrorisme en het veiligheidsdomein	14
Radicalisering, terrorisme en het GGZ-domein	14
Vraagstelling.....	16
Werkwijze	17
Deel 1: Focusgroep onderzoek	19
Inleiding.....	19
Resultaten focusgroep GGZ.....	20
Resultaten focusgroep VHD	23
Resultaten gecombineerde focusgroep.....	24
Discussie.....	26
Conclusies focusgroepen.....	27
Deel 2: Survey	29
Inleiding.....	29
Methode.....	29
Vragenlijst	29
Respondenten	29
Statistiek.....	30
Resultaten	30
Thema Radicalisering.....	32
Thema Contact	33
Thema Taken en Rollen	33
Thema onderlinge Relaties	34
Thema Inhoud en professionaliteit	35
Mate van uitgesprokenheid	37
Discussie.....	38
Conclusie	40
Deel 3: Diepte-interviews.....	42
Inleiding.....	42

Methode.....	42
Type onderzoek.....	42
Deelnemers	42
Interview en procedure	43
Analyse.....	43
Resultaten	43
Discussie.....	50
Conclusie	52
Deel 4: Onderzoek bij opleidingen	54
Inleiding.....	54
Methode.....	54
Resultaten	55
Radicalisering en/of psychische problematiek in curricula.....	55
Percepties over radicalisering en/of psychische problematiek en opleidingen.....	56
Toerusting van aanstaande professionals	57
Percepties over opleidingen, samenwerken en informatiedelen	58
Verbeterpunten.....	59
Discussie.....	59
Conclusie	60
Integrale discussie	62
Koudwatervrees	62
Fundamentele domeinverschillen	62
Negatieve perceptie van ‘de ander’	63
Mens en professional	64
Radicalisering is geen stoornis.....	64
Wat is radicalisering dan wel?	65
Omgaan met complexiteit	65
Zorg- en veiligheidshuizen.....	65
Boze buitenwereld	66
Valse dichotomieën.....	66
Jong geleerd is oud gedaan	66
To speak, or not to speak, that is the question	67
Overkoepelende conclusies.....	67
Aanbevelingen.....	68
Literatuur	72
Bijlage 1: Survey kwantitatief deel PERCEPT studie	75

Bijlage 2: Itemselectie voor de clusterindeling van de mate van uitgesprokenheid	79
Bijlage 3: Interview protocollen kwalitatief deel	81
Bijlage 4: Themakaarten kwalitatieve analyse.....	83
Bijlage 5: Semigestructureerde vragenlijst voor opleiders	89



INLEIDING

Inleiding

Achtergrond

Terrorisme wordt door de AIVD gedefinieerd als “het uit ideologische motieven dreigen met, voorbereiden of plegen van op mensen gericht ernstig geweld, dan wel daden gericht op het aanrichten van maatschappij ontwrichtende zaakschade, met als doel maatschappelijke veranderingen te bewerkstelligen, de bevolking ernstige vrees aan te jagen of politieke besluitvorming te beïnvloeden”¹. Het voorkomen van aanslagen gebeurt in de aanloop naar terrorisme en wordt de fase van radicalisering genoemd. Onder radicalisering verstaan we in dit onderzoek “een proces van extremer wordende denkbeelden en/of gedragingen, waarbij de bereidheid toeneemt om op extreme wijze, eventueel met geweld tegen personen of symbolische doelen, politieke en/of maatschappelijke doelen te bereiken”(Doosje et al. 2016). Vooral na 9/11/2001 is er veel aandacht voor terrorisme en radicalisering, vanuit verschillende invalshoeken (o.a., vanuit het veiligheids- en het zorgdomein).

Wereldwijd wordt geïnvesteerd in programma’s om terroristische aanslagen te voorkomen. De begrijpelijke politieke druk die wordt uitgeoefend om de risico’s op korte termijn te minimaliseren draagt bij aan het top-down karakter van preventieprogramma’s. Voorbeelden hiervan zijn de versnelde uitrol van de-radicaliseringscursussen voor verschillende sectoren, het instellen van meldpunten en doorvoeren van nieuwe wetgeving. Deze programma’s zijn slechts sporadisch gestoeld op een verantwoorde (wetenschappelijke) verkenning van de kennis, percepties en behoefte aan de kant van de cursisten.

Wat kan de wetenschap bijdragen aan het voorkomen van terroristische aanslagen? Op het gebied van wetenschappelijk onderzoek wordt veel aandacht besteed aan de beschrijving van fenomenen zoals Jihadisme en rechts-extremisme op een macroniveau. De achterliggende gedachte is dat preventie verbetert naarmate kennis over het probleem accurater is. Op microniveau wordt veel onderzoek gedaan naar de persoonsgebonden kenmerken van terroristen, terwijl op mesoniveau onderzoek naar interpersoonlijke en groepsaspecten plaatsvindt.

De generaliseerbaarheid van onderzoeksresultaten naar de praktijk is volgens sommige auteurs beperkt door methodologische tekortkomingen van het onderzoek (bijvoorbeeld te kleine onderzoeksgroepen) of door gebrek aan kennis van de praktijk. In ieder geval is duidelijk dat alle inspanningen om extremistisch geweld op grond van persoonlijkheid, psychopathologie, religieuze oriëntatie en cultureel-economische achtergrond te kunnen voorspellen erg lastig blijken te zijn; er is geen terroristisch profiel (Decety et al. 2018; Kruglanski et al. 2014; Horgan 2014; Atran 2003, 2010; Victoroff 2005). Omdat voorspellen onbetrouwbaar is, blijft preventie noodzakelijk in de hoop daarbij (mogelijk ook ongemerkt) potentiële aanslagplegers te bereiken.

De effectiviteit van preventie hangt samen met de juiste kennis over de potentiële aanslagpleger én de context waarin deze zich bevindt. Voor een optimale preventie is derhalve een juiste inschatting van de dreiging nodig. Dat wil zeggen dat er in de eerste plaats zowel kennis over de persoon in kwestie (zoals persoonlijkheidskenmerken, levensloop, relaties, psychische kwetsbaarheden) als kennis over de veiligheidscontext (netwerk, middelen, antecedenten, communicaties) beschikbaar moet zijn. In de tweede plaats moet de relevante kennis vanuit die verschillende disciplines door professionals worden uitgewisseld zodat een betrouwbaar totaalbeeld gevormd kan worden. Op deze wijze kan besproken worden of, en zo ja, op welke manier de kenmerken van invloed zijn geweest op het radicaliseringstraject. Zo kan door interdisciplinaire samenwerking een integratief beeld ontstaan,

¹ <https://www.aivd.nl/onderwerpen/terrorisme>

waarmee een betere inschatting gemaakt kan worden over de kans dat deze persoon in een zekere context geweld zal gaan gebruiken.

De indruk bestaat dat het uitwisselen en bespreken van kenmerken tussen professionals vanuit verschillende disciplines, onvoldoende plaatsvindt. Een reden zou kunnen zijn dat de referentiekaders en denkwerelden van de zorgprofessionals en professionals in het veiligheidsdomein te ver uiteenlopen waardoor men elkaar niet van nature opzoekt, of niet bewust is van elkaars context.

Dit onderzoeksprogramma beoogt die vermeende kloof door middel van praktijkgericht onderzoek te analyseren. Aan de hand van deze analyse hopen wij suggesties te doen voor het overbruggen van die kloof door kennis te ontsluiten over werkwijzen, interpretaties en percepties van professionals uit de geestelijke gezondheidszorg en uit het veiligheidsdomein.

Percepties over radicalisering in professionele domeinen

Een oriënterend literatuuronderzoek² resulteerde in 30 publicaties, waarvan 2 betrekking hadden op attitudes van GGZ-professionals ten aanzien van het onderwerp van deze studie. Aggarwal (2009) merkt op dat de attitude van psychiaters en psychologen is om alleen naar psychopathologie in engere zin te kijken en dat zij daarmee hun deskundigheid onvoldoende inzetten om zelfmoord terroristen (*suicide bombers*) te begrijpen. Hij pleit voor een meer antropologische benadering van de psychiatrie en waarschuwt (p.95): "Social and cultural psychiatrists as well as anthropologists must help to find ways of avoiding extremes both of unilateral cultural imperialism and multilateral cultural relativism." (Aggarwal 2009).

In april 2016 organiseerde het International Centre for Counter-Terrorism (ICCT) en het T.M.C. Asser Instituut een expert meting met GGZ professionals rondom het thema 'foreign fighters' (Paulussen et al. 2017). Zijdelings kwamen hier percepties van GGZ-professionals naar voren over de rol die de GGZ heeft bij radicalisering. Zoals in de literatuur al is beschreven, bevestigden de GGZ-professionals dat zij in de spreekkamer onderwerpen over religie, politiek en ideologie uit de weg gaan (Post and Wade 2009). Dit komt volgens hen door een zekere angst om paternalistisch over te komen op de cliënt of het risico om de behandelrelatie op het spel te zetten en daarmee het vertrouwen te verliezen, waardoor de cliënt helemaal niets meer zegt over zijn of haar (radicale) gedachten of fantasieën tijdens de therapie. De deelnemers aan de expertmeeting gaven ook aan dat signalen van radicalisering specifiek zijn en dat het daarom moeilijk is om tijdig de politie te waarschuwen, als het beroepsgeheim al om die reden geschonden zou mogen worden.

Voor attitudes en percepties bij professionals in het veiligheidsdomein ten aanzien van het onderwerp radicalisering met of zonder psychische problematiek werd, met de aangepaste zoekstrategie, geen literatuur gevonden.

² De volgende zoekstrategie werd toegepast op de databases in Web of Science (Science Citation Index Expanded (SCI-Exp), Social Science Citation Index (SSCI), Arts and Humanities Citation Index (AHCI), Emerging Sources Citation Index (ESCI)):

5, 30, #4 AND #3, Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2020

4, 239,168, (TS=(professional)) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article), Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2020

3, 598, #2 AND #1, Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2020,

2, 657,466, (TS=(perception* OR attitude* OR belief*)) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article), Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2020

1, 2,724, (TS=(radicaliz* OR radicalis OR terror*)) AND TS=(mental health OR psychiatr* OR psychol*) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article), Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2020

Samengevat lijkt er een overmaat aan publicaties te zijn die gaat over radicalisering en terrorisme en over de mensen die daarin actief zijn. Er is echter nagenoeg geen literatuur over hoe professionals zich verhouden tot die materie. Dit maakt dat het huidige PERCEPT-onderzoek, voor zover wij dat kunnen zien de eerste studie is waarin aan dat onderwerp aandacht wordt besteed.

Terrorisme, radicalisering en psychopathologie

De literatuur over de relatie tussen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en terrorisme is in de loop van de jaren van focus veranderd. De relatie wordt gevoed door de ambigue vraag “wat maakt dat iemand een terrorist wordt?”, waarbij de focus ligt op psychologische verklaringen. In de 70- en 80-er jaren van de vorige eeuw overheerste het idee dat terroristen psychopaten waren (Pearce and Macmillan 1977). Later verschoof het accent naar psychoanalytische verklaringen voor de motivatie om terrorist te worden, waarbij narcisme de boventoon voerde (Pearlstein 1991; Lash 1979). Review studies aan het begin van deze eeuw bekritiseerden eerder onderzoek op methodologische en empirische gronden (Horgan 2014) en beargumenteerden dat er onvoldoende evidentie was voor de relatie tussen psychopathologie en terrorisme. Deze studies zijn daarna veelvuldig onjuist geciteerd als dat zij hadden aangetoond dat er helemaal geen relatie bestaat, onder andere door de – onjuiste – aanname dat psychopathologie rationeel handelen uitsluit, zoals in Jenkins (2013, p. 9): “Crazies, by definition, could not be terrorists” (Jenkins 2013). Dit debat duurt nog voort, waarbij sommige onderzoekers aantonen dat er mogelijk wel sprake is van een relatie tussen psychopathologie en terrorisme (Weenink 2015), maar ook dat er een verschil is tussen terroristen die min of meer zelfstandig opereren (‘lone actors’) en terroristen die in groepsverband werken. Bij de eerste groep komen (uit open bronnen) meer aanwijzingen voor psychopathologie voor dan bij de tweede groep (Corner and Gill 2015; Schulten et al. 2019). Bij rechtsextremistische lone actors is eveneens een relatief hoge prevalentie van psychopathologie gevonden (Gruenewald et al. 2013).

Psychopathologische correlaten van terrorisme worden te vaak gezien als de monocausale verklaring voor het fenomeen, terwijl – indien aanwezig – zij slechts mogelijke factoren in het gehele ontwikkelingspad naar terrorisme zijn. In dat verband is het relevant om niet uitsluitend naar terrorisme te kijken, maar naar de fase van radicalisering die daaraan vrijwel altijd voorafgaat, zij het soms als zeer korte periode (Bovenkerk 2010). Echter, “uit de wetenschap dat radicale gedachten lang niet altijd worden omgezet in aanslagen, volgt dat radicalisme op zichzelf niet problematisch hoeft te zijn en, zolang het bij opvattingen blijft, niet tot geweld hoeft te leiden” (Bovenkerk 2010, p. 6). Maar om terrorisme te voorkomen, zullen we het ontwikkelingspad daarnaartoe, en waar radicalisering een onderdeel van is, moeten begrijpen. Bhui en collega’s (2016) stellen dat er een fase van sympathie voor gewelddadig protest en terrorisme (Sympathies for Violent Protest and Terrorism - SVPT) aan radicalisering voorafgaat, waarin men kwetsbaar is voor rekrutering (Bhui et al. 2016). Het is daarom volgens de auteurs belangrijk dat professionals in de GGZ deze fase herkennen. Overigens kan de richting van de causaliteit ook omgekeerd zijn, namelijk in de gevallen waar psychopathologie het gevolg is van de toenemende betrokkenheid bij terrorisme. Met andere woorden, psychische problematiek kan samengaan met radicalisering en extremistisch geweld, maar hoeft daar geen causaal verband mee te hebben. De vraag is wie dat kan beoordelen in een preventieve fase.

Een nieuwe ontwikkeling is de aandacht van interdisciplinaire sociale neurowetenschappen voor radicalisering, extremistisch geweld en terrorisme. Decety en collega’s benadrukken bijvoorbeeld dat begrip over sociaalpolitieke attitudes bij ideologie of extremisme, een integratie vereist van biologische, cognitieve en sociologische disciplines op meerdere analyseniveaus (Decety et al. 2018). Men kan voor dat begrip niet volstaan met monodisciplinaire inventarisaties van persoonlijkheid, omgevingsfactoren of demografische kenmerken om te gaan begrijpen waarom mensen toegroeien

naar het gebruik van extreem geweld. Sociale neurowetenschappen bieden een breder zicht op radicalisering, omdat dit interdisciplinaire veld biologische mechanismen onderzoekt die ten grondslag liggen aan sociale structuren, processen en gedrag en inzicht geven in de wederkerige relatie tussen sociale en biologische organisatie, sociale omgeving en fysieke of sociale isolatie. Sociale neurowetenschappers hebben achtergronden in de antropologie, sociologie, politicologie, theologie, psychologie, biologie en geneeskunde. De samenwerking is meer dan een multidisciplinaire aaneenschakeling; het is een interdisciplinaire synergie. Zo kon in onderzoek worden aangetoond dat politieke oriëntatie herkenbaar is als een verschil in patronen van hersenactiviteit, wat onder andere correleerde met de affiniteit voor gehoorzaamheid aan autoritaire leiders. De afkeer van ideologisch geweld leek neurobiologisch omgekeerd evenredig te zijn met dogmatisme. Wat deze ontwikkeling laat zien is dat sterke overtuigingen ingewikkelde constructen zijn die alleen vanuit de samenwerking tussen verschillende disciplines kunnen worden begrepen. Het is dan ook niet realistisch om van professionals in de GGZ of het VHD te verwachten dat zij zelfstandig (monodisciplinair) de risico's van radicalisering goed kunnen inschatten. Voor een completer en betrouwbaarder beeld over de oorsprong, ernst en consequenties van radicalisering bij een individu, moeten verschillende inzichten, taxaties en kennis uit meerdere domeinen worden geïntegreerd om interdisciplinaire synergie te benaderen.

Sociale uitsluiting wordt vaak genoemd als een van de oorzakelijke factoren in het radicaliseringsproces. Het is daarbij belangrijk een onderscheid te maken tussen aantoonbare sociale uitsluiting en de (subjectieve) perceptie van sociale uitsluiting. In een spraakmakende publicatie wezen Pretus et al. op de mogelijke relatie tussen het gevoel van sociale uitsluiting en de bereidheid extremistisch geweld te gebruiken (Pretus et al. 2018). De motivatie voor gewelddadig extremisme is meestal gelegen in abstracte ideeën zoals de natie, volk of religieuze wetten. Dit worden 'sacred values' (heilige waarden) genoemd. Daarvan is bekend dat die waarden ongevoelig zijn voor materiele beloningen, in tegenstelling tot gewone waarden (non-sacred values). De resultaten van het onderzoek toonden aan dat deelnemers eerder bereidheid waren om te vechten en te sterven voor sacred values vergeleken met non-sacred values. Ook lieten deelnemers die in een f-MRI-scanner door middel van een computerspel een sterk gevoel van sociale exclusie kregen, een grotere bereidheid zien om te vechten en te sterven voor non-sacred values in vergelijking met de situatie voor sociale exclusie. Met andere woorden: door sociale exclusie veranderden gewone waarden in sacred values en daarmee steeg ook de bereidheid om voor die (voorheen normale) waarden te vechten en te sterven. Deze resultaten waren op fMRI beelden te zien als significante veranderingen in hersenactiviteit. De auteurs concluderen dat de mate van 'heiligheid' van waarden samenhangt met de bereidheid te vechten en te sterven in groepen die kwetsbaar zijn voor radicalisering. Daarnaast zou een gevoel van sociale uitsluiting een relevante factor kunnen zijn in de motivatie om extremistisch geweld te gebruiken voor het beschermen van waarden. Als dat zo is, dan lijkt het tegengaan van de subjectieve beleving van sociale exclusie en 'verheiliging' van waarden een goed aangrijpingspunt te zijn voor deradicaliseringsprogramma's.

Een recente literatuur studie (2019) naar de relatie tussen geestelijke gezondheid, radicalisering en massa geweld vergeleek de resultaten van 12 publicaties die met strenge criteria waren geselecteerd (Misiak et al. 2019). De review wordt beperkt doordat in de geïncludeerde studies gebruik werd gemaakt van verschillende (niet -gestandaardiseerde) instrumenten, cross-sectioneel waren en soms niet-representatieve steekproeven gebruikten. Depressie bleek zowel een beschermende als risico factor te kunnen zijn voor radicalisering. Verschillende persoonlijkheidstrekken leken te predisponeren voor het ontwikkelen van extremistische ideologie. Tenslotte werd gevonden dat lone-actors (eenlingen) een specifieke subgroep leek te zijn die gekenmerkt wordt door een hoge prevalentie van

psychotische en stemmingsstoornissen. De conclusie was dat de relatie tussen geestelijke gezondheid en radicalisering allerminst duidelijk is.

Radicalisering, terrorisme en het veiligheidsdomein

Professionals in het VHD zijn logische spelers als het gaat om de preventie en vervolging van terroristische misdrijven (art 83 SR). Radicalisering is niet goed gedefinieerd en staat niet omschreven in de wet, maar het raakvlak met een terroristisch misdrijf is er wel, zeker als het gaat om financiële ondersteuning vanuit sympathie voor de ideologie (bv Da'wa), medeplichtigheid aan voorbereidingshandelingen en opruiming. Ondanks een ruim arsenaal aan middelen (wetgeving, materieel, personeel) zijn er ook voor het VHD beperkingen. Zo mag politie-informatie alleen onder strikte voorwaarden worden verstrekt aan derden. Vanwege de zwaarwegende belangen die gemoeid zijn met het bestrijden van terrorisme, bestaan speciaal daarvoor opgezette Contra Terrorisme, Extremisme en Radicalisering (CTER) overlegstructuren. Dat betekent dat CTER-casuïstiek een ander proces met andere deelnemers kent, dan casuïstiek voor 'reguliere' problemen in de samenleving, zoals verwarde personen problematiek of mensen met Ernstig Psychiatrisch Afwijkingen (EPA). Het risico van aparte processen is dat bij multi-problematiek (radicalisering én EPA) een keus gemaakt moet worden welk proces het best is aangewezen, waarbij dan afgewacht moet worden of er voldoende aandacht voor de andere problemen overblijft. Dit geldt in het bijzonder voor personen met een combinatie van een psychiatrische stoornis, verstandelijke beperking, delict gedrag, of radicalisering. Professionals in het VHD hebben met een grote verscheidenheid aan mensen en problemen te maken, wat een groot beroep doet op hun inlevingsvermogen. Ten aanzien van Jihadisme betekende dit dat er opleidingen moesten komen om de kennis van de Islam en de cultuur te vergroten, zodat verantwoorde beslissingen konden worden genomen over hoe te handelen. Vanwege de mogelijke repercussies voor onheuse bejegening van minderheidsgroepen kan een terughoudendheid ontstaan om te handelen. Dit doet zich in mindere mate ook voor bij mensen die zich presenteren met vreemd gedrag. Een natuurlijke reactie voor professionals in het VHD zou dan ook zijn om die problematiek onder te brengen bij andere professionals waarvan met het idee heeft dat zij 'er wat mee kunnen'.

Radicalisering, terrorisme en het GGZ-domein

Zoals hierboven is geschetst, komt het regelmatig voor dat er een relatie wordt verondersteld tussen radicalisering en geestelijke gezondheid, zelfs als dat niet op feiten is gebaseerd (Schuurman 2017). Professionals in de geestelijke gezondheidszorg realiseren zich goed dat de gevonden percentages van psychische problematiek bij verdachte of veroordeelde terroristen (32% tot 80%) niets zegt over de kans dat psychiatrische patiënten terroristische misdrijven zullen plegen. De misvatting dat op grond van de gevonden prevalentie van psychopathologie bij veroordeelde terroristen, de toekomstige terroristen in de GGZ gezocht moeten worden gaat voorbij aan de uiterst lage 'base-rate' van terrorisme (Corner et al. 2018). Sommige auteurs zijn kritisch over de betrokkenheid van de psychiatrie bij radicalisering vanwege het risico op medicalisering van maatschappelijke problemen (Dom 2017).

Een taskforce van de Europese vereniging voor psychiatrie (EPA) pleit voor een gebalanceerde rol voor de psychiater ten aanzien van massageweld, radicalisering en terrorisme (Dom et al. 2018). De psychiatrie heeft een rol (1) om slachtoffers van geweld te behandelen, (2) stigmatisering van psychiatrische patiënten (in de media) tegen te gaan, (3) wetenschappelijk onderzoek te doen, en tenslotte (4) te screenen op radicalisering als zij daarmee de samenleving kan beschermen tegen

geweld en individuen kan beschermen tegen zelfbeschadigend en destructief gedrag. Deze laatste rol wordt met veel aarzeling genoemd.

Campelo en collega's (2018) beargumenteren dat adolescenten en jongvolwassenen vanwege normale fase-gerelateerde psychische problematiek makkelijk betrokken raken bij radicalisering (Campelo et al. 2018). Daarbij spelen verslaving, thrill-seeking en vroege ervaringen met verlating (door bijvoorbeeld een ouder of vriend) een rol. De auteurs stellen dat er daarom juist voor professionals in de psychiatrie een rol is weggelegd om alert te zijn op radicalisering bij deze groep om die ontwikkeling te helpen ombuigen.

Er is relatief veel literatuur uit het Verenigd Koninkrijk over de relatie tussen radicalisering, terrorisme en geestelijke gezondheid, wat ook relevant is voor de Nederlandse context. In het Verenigd Koninkrijk worstelen psychiaters en andere professionals al sinds 2015 met de PREVENT-strategie van de Britse Regering (Section 26(1), Counter-Terrorism and Security Act 2015). Hierin staat (p.3): "*... that specified authorities, including health bodies, must, in the exercise of [their] functions, have due regard to the need to prevent people from being drawn into terrorism*". Feitelijk komt de PREVENT-strategie dus neer op het beschermen van burgers tegen het betrokken raken bij terroristische activiteiten. Sinds de invoering is een sterke polemiek ontstaan binnen de Britse psychiatrie met voor- en tegenstanders. De laatste categorie stelt dat het onethisch is voor psychiaters om zich bezig te houden met het signaleren van radicalisering, laat staan dit te melden aan Channel, de instantie die belast is met verdere duiding. Tegenstanders zijn ontevreden over het uitblijven van een evaluatie van PREVENT en menen dat de Home Office gegevens over de effectiviteit van de aanpak achterhoudt. Voorstanders van PREVENT stellen dat psychiaters gewoon hun werk kunnen blijven doen en dat zij moeten nadenken over actie ondernemen als zij signalen tegenkomen die een voorbode zijn van geweld. Sterker nog, zij geven aan dat het onprofessioneel en naïef is om geen kennis te nemen van de PREVENT materie (Hurlow et al. 2016).

Het officiële standpunt van de Britse vereniging voor psychiatrie, de Royal College of Psychiatrists (RCPSYCH) is dat radicalisering weliswaar gepaard gaat met een verandering van gedrag en overtuiging, maar dat het een vergissing is te denken dat om die reden psychiaters hier verstand van hebben (RCPSYCH 2016). Dat geldt ook voor het omkeren van dat proces in de-radicalisering. Als de behandeling van een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een waan) bijdraagt aan het loslaten van extreme overtuigingen mag dit, volgens de RCPSYCH, geen de-radicalisering worden genoemd. De uiteindelijke beslissing om het beroepsgeheim te doorbreken ligt volgens de RCPSYCH altijd bij de professional, die zich nooit gedwongen mag voelen om medische informatie te delen. In een aanvullende publicatie met ethische overwegingen, wordt psychiaters aangeraden om in voorkomende gevallen met collega's te overleggen over vervolgstappen (RCPSYCH 2017).

In Nederland zijn de richtlijnen voor de psychiatrie over hoe om te gaan met terrorisme niet anders dan voor andere strafbare gedragingen en volgen de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (KNMG). De KNMG heeft richtlijnen gepubliceerd over situaties waarin het medisch beroepsgeheim mag/moet worden doorbroken. De wet biedt daar mogelijkheden voor mits aan een aantal voorwaarden is voldaan. Ten aanzien van terrorisme geeft de KNMG het advies niet te snel te concluderen dat er sprake is van een dreigend onafwendbaar gevaar voor de patiënt of anderen (KNMG 2016). De KNMG verzette zich in 2016 tegen de Duitse plannen voor een meldplicht voor artsen die in vertrouwen kennismaken van radicalisering en terrorisme. Men kan zich afvragen of de grens in Nederland toch niet aan het verschuiven is als het gaat over de toelaatbaarheid van een melding over een terroristisch misdrijf. Interessant in dat kader is de in 2018 in werking getreden versterking van de strafrechtelijke aanpak van terrorisme, onder andere, een brede aangifteplicht is ingevoerd voor eenieder die kennis draagt van (alle) terroristische misdrijven

genoemd in artikel 83 Wetboek van Strafrecht (NJB 2018). Het Wetboek van Strafvordering kende al in artikel 160 ten aanzien van bepaalde ernstige misdrijven een verplichting voor eenieder die daarvan kennis draagt, om aangifte te doen. Het gaat om misdrijven tegen de Staat, levensdelicten, mensenroof en verkrachting. Het niet-voldoen aan deze aangifteplicht is een misdrijf op grond van de artikel 136 Sr. Tot 2018 gold de aangifteplicht in artikel 160 Sv enkel voor daden van terrorisme, voor zover deze tevens een van de genoemde misdrijven opleveren; in het bijzonder wanneer door een terroristisch misdrijf levensgevaar wordt veroorzaakt. Gelet op het grote belang van een effectieve bestrijding van terrorisme, en de toegevoegde waarde van informatie over mogelijk op handen zijnde aanslagen of – de voorbereiding van – andere terroristische misdrijven, wordt de aangifteplicht nu verruimd tot alle terroristische misdrijven (artikel 83 Sr). Uit art. 160 lid 2 Sv volgt echter dat de in 160 lid 1 Sv gestelde aangifteplicht niet geldt voor verschonings-gerechtigden, zoals artsen (218 Sv); voor hen geldt niet de plicht maar wel de bevoegdheid om aangifte te doen, indien er sprake is van overmacht/een conflict van plichten. Het artikel biedt dus een mogelijkheid tot doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Nu alle terroristische misdrijven zo expliciet onder de aangifteplicht worden gerekend, kan dit van invloed zijn bij de overweging of bij een zorgprofessional of hij zijn beroepsgeheim moet doorbreken.

In Nederland gaan stemmen op die ervoor pleiten dat ‘psychiaters die geconfronteerd worden met vermeende radicalisering feitelijk doen wat zij altijd horen te doen: met een blik die beduidend breder reikt dan het DSM-classificatie systeem en met de wil tot begrijpen iemand in zijn of haar specifieke situatie tegemoet treden” (de Ridder et al. 2019). De Ridder en collega’s benadrukken dat radicalisering geen psychiatrische stoornis is, maar wel onderdeel is van de bredere context waar de patiënt deel van uitmaakt en dat kennis over die sociaal-maatschappelijke context relevant is voor het leveren van adequate zorg. Het argument om radicalisering niet te negeren is dus, net als bij de Britse collega’s, vooral gericht op de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Voor wat betreft het duiden van uitspraken van patiënten op risico’s voor de samenleving, wordt door de auteurs geadviseerd om een meldpunt voor radicalisering te raadplegen en behoedzaam te zijn met het taxeren van risico’s. Marquant en Goethals (2019) waarschuwen voor een routinematige psychiatrische taxatie op extremistisch geweld, wat volgens hen voornamelijk een sociaal fenomeen is. Daarentegen is het psychiatrisch en psychologisch screenen van gewelddadig extremisten naar hun mening wel degelijk zinvol, gegeven de hoge prevalentiecijfers van psychische problematiek binnen die groep (Marquant and Goethals 2019). Eerder werden psychiaters in Nederland en Vlaanderen ook al opgeroepen om met hun kennis over psychische kwetsbaarheid te participeren in het debat over radicalisering, als aanvulling op de bijdragen uit andere disciplines, zoals de sociologie, economie, antropologie en psychologie. Psychiaters weten hoe maatschappelijke en omgevingsfactoren kwetsbaarheid kunnen beïnvloeden en wat er nodig is voor duurzaam herstel. De auteur riep collega’s daarnaast op om psychiatrische patiënten te beschermen tegen een onterecht stigma van potentiële aanslagplegers (Dom 2017).

Vraagstelling

Uit de literatuur komt naar voren dat er geen eenduidige definitie is van het begrip radicalisering en dat er uiteenlopende standpunten zijn over de relatie tot dit begrip en psychische problematiek. Het doel van het onderzoek is om vanuit percepties bij professionals in het veiligheidsdomein (VHD: politie, marechaussee en openbaar ministerie) en in het domein van de GGZ ten aanzien van het begrip radicalisering, te onderzoeken of die percepties dermate uiteenlopen dat gesproken kan worden van een kloof, en zo ja, hoe die kloof overbrugd zou kunnen worden. Dat leidt tot de vraagstelling:

Welke percepties zijn er bij professionals in het VHD en de GGZ, ten aanzien van het onderwerp radicalisering al dan niet in combinatie met psychische problematiek, hun eigen taak of rol daarin en die van de professionals in het 'andere domein', alsmede ten aanzien van samenwerking tussen de domeinen op dit onderwerp, nu en in de toekomst?

Werkwijze

Het project is uitgevoerd door beide onderzoekers, die geadviseerd werden door een klankbordgroep, samengesteld uit professionals van beide domeinen. De ethische commissie van de Universiteit van Amsterdam heeft het onderzoek goedgekeurd (referentienummer 2019-SP-10524).

Het onderzoek is opgedeeld in vier deelonderzoeken.

Om percepties te verkennen zijn aanvankelijk twee focusgroep bijeenkomsten georganiseerd: Eén voor professionals uit de GGZ en een ander voor professionals uit het VHD. Op verzoek van de deelnemers van beide focusgroepen, is een derde, gecombineerde, focusgroep georganiseerd.

Op basis van de uitkomsten van de eerste twee focusgroepen is, ten tweede, een vragenlijst samengesteld die geschikt moest zijn om aan professionals uit zowel het VHD als de GGZ voor te leggen. Dit kwantitatieve deel van het onderzoek beoogt inzichtelijk te maken welke statistisch significante verschillen er tussen de percepties van respondenten uit beide domeinen zijn.

Als derde onderdeel is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder professionals uit beide domeinen aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst. De resultaten van de interviews bieden mogelijkheden om percepties van respondenten tussen beide domeinen met elkaar te vergelijken. Daarbij worden verschillen, maar ook overeenkomsten inzichtelijk.

Als laatste is een deelonderzoek toegevoegd dat zich richtte op opleiders in beide domeinen. Dit deel geeft antwoord op de vragen of en hoe er aandacht wordt besteed aan het thema radicalisering (al dan niet in samenhang met psychische problematiek) in de opleidingen binnen beide domeinen.

Alle deelonderzoeken zijn goedgekeurd door de Facultaire Ethische Commissie van de Faculteit van Maatschappij en Gedragwetenschappen (FMG) van de Universiteit van Amsterdam. De deelnemers aan de focusgroepen en interviews hebben mondeling en schriftelijk uitleg gekregen over het onderzoek en een *informed consent* formulier getekend. Alle deelnemers zijn gewezen op de mogelijkheid bezwaar te maken tegen de procedures bij de Facultaire Commissie Ethiek (FMG) van de Universiteit van Amsterdam.

Alle data zijn gecodeerd verwerkt en in een beveiligde digitale omgeving opgeslagen en bewerkt. Alleen de hoofdonderzoeker heeft toegang tot de sleutel die de data koppelt aan de persoonsgegevens van de deelnemers. De audiobestanden die zijn gebruikt om de interviews en focusgroep bijeenkomsten te transcriberen zijn conform afspraak vernietigd na de analyse van de data.



DEEL 1: FOCUSGROEP ONDERZOEK

Deel 1: Focusgroep onderzoek

Inleiding

Uit een verkennend literatuuronderzoek bleek dat er geen publicaties beschikbaar zijn waaruit percepties van professionals over radicalisering gedestilleerd konden worden. Een focusgroep is een effectieve manier om in korte tijd veel informatie te verzamelen over gedachten, gevoelens en sentimenten van participanten die op een logische manier een groep vormen. Bij het samenstellen van de focusgroepen is gestreefd naar een geografische spreiding van werkplekken en een spreiding in functies. Het was nadrukkelijk niet de bedoeling om alleen professionals uit te nodigen die direct betrokken waren geweest bij casuïstiek over het onderwerp. Het doel was juist om ook van de mensen die nooit met radicalisering te maken hadden gehad te vernemen hoe zij over het onderwerp denken.

Van de bijeenkomsten zijn met toestemming van de deelnemers video en audio-opnames gemaakt om de transcripties zo goed mogelijk te faciliteren. Iedere sessie werd voorafgegaan door een korte inleiding, waarbij de beschikbare tijd van tweeënehalf uur werd opgedeeld in tijdvakken om de volgende vragen te bespreken:

Focusgroep Veiligheidsdomein (VHD) op 15 maart 2019:

1. Welke percepties (ideeën, gedachten, overtuigingen) zijn er binnen uw werkgebied ten aanzien van de rol van de politie, Koninklijke Marechaussee of Openbaar Ministerie over het thema radicalisering en terrorisme (1) op organisatieniveau, (2) op lokaal werkplek niveau en (3) op persoonlijk niveau;
2. Welke percepties (ideeën, gedachten, overtuigingen) zijn er binnen uw werkgebied ten aanzien van de rol van de GGZ over het thema radicalisering en terrorisme (1) op organisatieniveau, (2) op lokaal werkplek niveau en (3) op persoonlijk niveau;
3. Welke percepties (ideeën, gedachten, overtuigingen) zijn er binnen uw werkgebied ten aanzien van samenwerking met de GGZ over het thema radicalisering en terrorisme (1) op organisatieniveau, (2) op lokaal werkplek niveau en (3) op persoonlijk niveau.

Focusgroep GGZ op 29 maart 2019:

1. Welke percepties (ideeën, gedachten, overtuigingen) zijn er binnen uw werkgebied ten aanzien van over de rol van de GGZ over het thema radicalisering en terrorisme (1) op organisatieniveau, (2) op lokaal werkplek niveau en (3) op persoonlijk niveau;
2. Welke percepties (ideeën, gedachten, overtuigingen) zijn er binnen uw werkgebied ten aanzien van de rol van de politie, Koninklijke Marechaussee of Openbaar Ministerie over het thema radicalisering en terrorisme (1) op organisatieniveau, (2) op lokaal werkplek niveau en (3) op persoonlijk niveau;
3. Welke percepties (ideeën, gedachten, overtuigingen) zijn er binnen uw werkgebied ten aanzien van samenwerking met het VHD over het thema radicalisering en terrorisme (1) op organisatieniveau, (2) op lokaal werkplek niveau en (3) op persoonlijk niveau.

Gecombineerde focusgroep (VHD en GGZ) op 11 oktober 2019:

Hoe kan de samenwerking tussen GGZ en VHD op het thema radicalisering en/of psychische problematiek verbeteren?

1. Oplossingen in opleidingen
2. Oplossingen op de werkvloer
3. Oplossingen op beleidsniveau

Dankzij de gestructureerde opzet van de focusgroepen is een aantal centrale thema's aan bod gekomen. Hierbij verliepen de discussies geanimeerd en kwamen er ook verschillende andere relevante onderwerpen aan bod. De resultaten van de analyse van de focusgroep-bijeenkomsten volgen thema's die in beide focusgroepen herkend werden.

Omwille van de overzichtelijkheid van het verslag worden GGZ-deelnemers aangeduid als GGZ-D en deelnemers uit het veiligheidsdomein als VHD-D.

Resultaten focusgroep GGZ

De focusgroep was samengesteld uit 5 psychiaters, 2 sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, 1 orthopedagoog/GZ-psycholoog, 1 klinisch psycholoog en 1 verpleegkundig specialist. De focusgroep discussieerde 2 uur en 20 minuten. Er zijn video- en audio-opnames gemaakt ten behoeve van de transcriptie. De opnames zijn na het transcriberen vernietigd.



Box 1.1

“Ik denk dat als iemand in de spreekkamer iets over radicalisering gaat zeggen, de meeste behandelaren zich doodschrikken, en denken “wat moet ik hier in godsnaam mee?”. En dan moet die gaan kijken wat er in zijn organisatie beschikbaar is aan kennis over dat onderwerp”.

Uit de analyse kwamen 10 thema's naar voren:

Angst als gevolg van radicalisering

GGZ-D gaven aan dat behandelaren waarschijnlijk erg schrikken en krampachtig zullen reageren als zij geconfronteerd worden met cliënten die uitspraken doen over hun affilatie met radicalisering of terrorisme (zie citaat box 1.1).

Beeldvorming

Men vond dat anderen onterecht het idee hebben dat opname in de GGZ de veiligheid ten goede komt zonder

te begrijpen dat risico's daarmee niet weggenomen kunnen worden. Men blijft personen bij de GGZ aanmelden over wie een niet-pluis gevoel bestaat, maar krijgt pas oog voor wat de GGZ doet als een collega of familielid een psychisch probleem krijgt. Het thema radicalisering leeft nauwelijks en is complex omdat je niet weet wanneer het erg genoeg is om informatie te gaan delen met de politie. GGZ-D vonden dat de barrières om informatie uit te wisselen veel te hoog waren door de wet- en regelgeving.

Kritiek vanuit de GGZ

De GGZ-D vonden dat de GGZ zelfkritisch moet zijn ten aanzien van risicotaxatie, eigen valkuilen en zich beter zou moeten realiseren dat niet alle problemen opgelost kunnen worden. Men was het niet eens met collega's die denken dat als de GGZ niets doet, de politie wel een list verzint waardoor het gevaar afneemt. Er werd gesteld dat de reguliere GGZ veel zou kunnen leren van risico taxatie en de nuance van toerekeningsvatbaarheid in de forensische GGZ. Tenslotte gaven GGZ-D aan dat bemoeizorg beter toegerust zou moeten worden met meer menskracht en middelen om slagvaardiger te kunnen zijn in een tijdperk van ambulantisering.

Informatie-uitwisseling

Ten aanzien van informatie-uitwisseling gaven GGZ-D aan dat de politie soms veel te veel informatie verschaft, maar ook informatie achterhoudt die heel relevant kan zijn voor de behandeling. Daarnaast

gaf men aan dat vroege signalering van radicalisering niet alleen een taak is van de politie of de GGZ, maar ook van gemeentes, woningbouwverenigingen en andere partners.

Kennis

GGZ-D gaven aan dat de kennis over radicalisering en terrorisme in de GGZ erg wisselt, maar over het algemeen waarschijnlijk heel beperkt is. Dit vergroot de kans op onterechte zorgen over radicalisering (fout-positieven) (zie citaat box 1.2). Men gaf aan dat in de beeldvorming binnen de GGZ, radicalisering te maken heeft met ideologie, maar ook kan wijzen op het napraten van anderen, zonder zelf overtuigd te zijn van die ideologie.

Box 1.2
“Het is gewoon een gebrek aan kennis. Ik zou bij God niet weten [hoe ik een uitspraak moet inschatten]. Ik kan me doodschrikken. Maar het kan best zijn dat het een enorme fout-positieve doodschrik is. Laat ik het zo zeggen, ik weet het gewoon niet! En dat is wat er natuurlijk vaak gebeurt als er gevaar dreigt, van hoe moet je dat nu precies inschatten?’

Professionaliteit

Ten aanzien van de professionaliteit van GGZ-medewerkers op het gebied van radicalisering werd door de GGZ-D gesteld dat een risicotaxatie altijd gepaard zou moeten gaan met goed risicomangement. Het persoonsgerichte plan moet altijd op de voorgrond staan. GGZ-medewerkers moeten gehoor geven aan een niet-pluis gevoel en dat intern kunnen opschalen, maar daar nooit alleen mee blijven zitten. Bij het intern opschalen moet de continuïteit van zorg gewaarborgd blijven. De GGZ-D vonden dat procescoördinatoren van zorg- en veiligheidshuizen een belangrijke rol hebben en beter toegerust zouden moeten worden. In opleidingen moet meer aandacht worden besteed aan elkaars domein, waarbij studenten leren dat zij vooral over procesvaardigheden moeten beschikken en niet alleen maar doorzettingsmacht moeten nastreven. Tenslotte was men het erover eens dat een gemeenschappelijke ‘handleiding’ voor samenwerking op het gebied van radicalisering, verlamming door de organisatorische kaders kan voorkomen.

Rol van het VHD

De politie maakt naar het idee van de GGZ-D een terugtrekkende beweging, zodat de GGZ meer maatschappelijke problemen moet oplossen. De relatie met wijkagent wordt als goed ervaren, maar dat geldt niet altijd ten aanzien van ‘de rest’ van de politie. GGZ-D vonden dat het VHD een signaalfunctie heeft op het gebied van radicalisering en de primaire taak heeft om de veiligheid te

Box 1.3
“Ik vind dat er dus veel meer aandacht moet zijn voor zo’n procescoördinator [van een zorg- en veiligheidshuis]. Dat zijn echt hele belangrijke lui. En die moeten heel veel vaardigheden hebben om die samenwerking te kunnen faciliteren. En ik vind als je kijkt naar de opleiding voor psychiaters - en ik denk dat dat niet exclusief is voor psychiaters - dat het veel meer nodig is om interventies voor samenwerking te leren dan om procesvaardigheden te kennen.”

waarborgen. De politie zou meer moeten bijdragen aan het zorgpakket, net als in Denemarken, vonden sommigen. Door het sluiten van zoveel politiebureaus verwatert het contact tussen de politie en de burgers. De GGZ-D vonden dat de politie bij een combinatie van radicalisering en een vermoeden van psychopathologie, de hele casus bij de GGZ neerlegt, net als dat bij een combinatie van strafrecht en GGZ-problematiek gebeurt. De GGZ-D hadden het idee dat het VHD problemen over de schutting gooit.

Samenwerking

Voor wat betreft de samenwerking tussen het VHD en de GGZ, merkten de GGZ-D op dat de samenwerking nu hapert. Men gaf aan dat collega’s eerder bereid lijken te

zijn om samen te werken met de politie als de risico's groter zijn. Goed samenwerken betekent elkaars problemen begrijpen door niet alleen te luisteren maar door de ander ook te horen. Men pleitte voor het versterken van bestaande structuren zoals het zorg- en veiligheidshuis (zie citaat box 1.3). Er werd gerefereerd aan het Deense model waarbij men elkaars werkwijze leert kennen door bij elkaar in de keuken te kijken en over de vloer te komen. Idealiter zou er gezamenlijk naar een casus gekeken moeten worden om tot een breed gedragen plan van aanpak te komen. Toch lijken de samen-op-pad initiatieven ook niet altijd te werken en zou het domein waarin politie en GGZ samenwerken goed benoemd moeten worden. De GGZ-D vonden dat de politie meer over samenwerking moet nadenken dan over hun kerntaken en dat de kunstmatige scheiding tussen CTER (Contra Terrorisme, Extremisme en Radicalisering) en EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) niet werkt. Tenslotte werd een aantal keer benoemd dat terugkoppeling belangrijk is om medewerkers gemotiveerd te houden en dat die terugkoppeling vanuit de politie na een melding door de GGZ nu wordt gemist.

Taken van GGZ

De GGZ-D gaven aan dat de GGZ, ook vanwege het belang van de patiënt, een taak heeft in het bewaken van de veiligheid in de samenleving. Die taken zijn divers: diagnostiek, behandeling, kennisdelen, samenwerken en een asiel functie bieden. Bovendien verwacht de samenleving dat de GGZ bijdraagt aan de veiligheid. De GGZ-D waren het erover eens dat men radicalisering niet moet willen 'behandelen', het is immers geen stoornis. Aandacht in de GGZ voor radicalisering (net als voor bijvoorbeeld criminaliteit of huiselijk geweld) kan bijdragen aan de veiligheid door het vroeg signaleren van een zorgelijke ontwikkeling richting bereidheid tot het gebruik van geweld (zie citaat box 1.4). GGZ-D merkten op dat de reguliere GGZ (in het algemeen) te weinig gebruik maakt van risicoanalyses en de daarbij behorende instrumenten, in tegenstelling tot de forensische psychiatrie. Het is belangrijk dat instrumenten aansluiten bij die in het VHD. De indruk bestond bij de GGZ-D dat professionals in het VHD vinden dat de GGZ een taak heeft om mensen op te sluiten, bijvoorbeeld na een (E33) melding van een persoon met verward gedrag. Er werd een trend geconstateerd dat het VHD vaker mensen richting GGZ wil sturen en daar ook steeds meer (wettelijke) middelen voor krijgt. Men gaf aan dat je weliswaar moet proberen om door zorg te de-escaleren waar dat geïndiceerd is, maar men moet leren om te accepteren dat geweld nooit helemaal voorkomen kan worden.

Opmerkingen over het VHD

De GGZ-D gaven aan grote zorgen te hebben over de manier waarop het VHD, met name de politie, zich lijkt te verwijderen van de GGZ en minder bereid te zijn samen te willen optrekken omdat men in het VHD, volgens de GGZ-D, vindt dat het onderwerp psychische problemen (zoals geduid door de politie) uitsluitend een taak van de GGZ is. Dit werd ook wel de domeindiscussie genoemd. Men gaf aan de indruk te hebben dat de politie signalen vanuit de GGZ over veiligheidsrisico's niet serieus neemt en het de GGZ kwalijk te nemen als chronische psychopathologie, ondanks behandeling, niet verbetert en voor problemen in de samenleving blijft zorgen. Samengevat in de woorden van een GGZ-D: "de GGZ wordt in de hoek gedrukt".



Box 1.4

"Het lastige is alleen dat 'radicalisering' wel een hele *narrow* focus is, terwijl er meer groepen en meer zaken zijn die de veiligheid van de samenleving echt aangaan. Dus je zou daar een soort *blended strategie* op moeten loslaten. En dat maakt het ook weer een stuk makkelijker denk ik om over thema's als radicalisering op de werkvloer te spreken..."

Resultaten focusgroep VHD


De focusgroep was samengesteld uit 3 politie professionals en 1 officier van justitie. De focusgroep discussieerde 2 uur en 15 minuten. Er zijn video en audio opnames gemaakt ten behoeve van de transcriptie. De opnames zijn na het transcriberen vernietigd. Hieronder duidt de afkorting VHD-D op de deelnemers aan de veiligheidsdomein focusgroep.

Uit de analyse kwamen 5 thema's naar voren:

Taken VHD

De VHD-D gaven aan dat voor veel collega's terrorisme buiten de dagelijkse praktijk ligt. Bij terrorisme is de leidende rol voor het VHD duidelijk, maar bij radicalisering is dat minder zo. Wijkagenten, anders dan CTER-professionals, voelen dat zij vooral een zorgtaak hebben, maar die zouden zij meer moeten loslaten. Men gaf aan dat de wijkagent wel de spin in het web moet zijn en aan de preventieve kant zit. De VHD-D gaven aan dat professionals in dit domein psychische klachten goed kunnen herkennen, maar dat zij de relatie tussen psychische problematiek en terrorisme of radicalisering ingewikkeld vinden. Ten aanzien van radicalisering meenden zij dat het medisch dossier relevante informatie bevat voor het VHD.

Box 1.5



“Maar zeker als iemand van een gesloten afdeling wordt ontslagen, dan heeft de GGZ gewoon een verantwoordelijkheid om de maatschappij waarin hij terugkomt daarop voor te bereiden.”

Opmerkingen over de GGZ

De VHD-D dachten dat de GGZ terughoudend is om zorgen over radicalisering bij patiënten te melden bij de politie, vanwege de nadelige gevolgen die dit voor patiënten kan hebben. Men had de indruk dat de GGZ niet aangestuurd wordt en moeilijk ter verantwoording te roepen is. Zo bestaat de indruk dat de GGZ niet verder kijkt dan de zorg voor de individuele patiënt, maar taken

laat liggen die het VHD moet oppakken. Tevens heerst het idee dat de GGZ onvoldoende terugkoppelt wat er met een zorgmelding vanuit het VHD is gebeurd. VHD-D hebben het idee dat de GGZ denkt dat de strafrechtketen iemand kan dwingen tot zorg en dat psychiaters geen geneeskundige verklaring schrijven als ze iemand liever niet willen opnemen [dit in het kader van de voormalige wet BOPZ; BS].


Taken voor de GGZ

VHD-D gaven aan dat volgens hen de GGZ geen signaleringstaak heeft, maar dat dit wel zou moeten, zeker als iemand die geradicaliseerd is ambulante behandeld wordt (zie citaat box 1.5). Men gaf aan dat verwarde personen in de GGZ geholpen moeten worden.

Informatie-uitwisseling

Sommige VHD-D dachten dat GGZ-professionals geheimhouding aanvoeren als argument om niet samen te hoeven werken (zie citaat box 1.6). In het algemeen vond men dat (privacy-) wetgeving samenwerking in de weg staat, terwijl de juist de vroege signalen van radicalisering kunnen voorkomen dat de betrokkenen steeds verder radicaliseren en handelingen gaan plegen die een voorbereiding zijn op geweld. In de GGZ zou men,


Box 1.6



“Want een groot deel van de personen die bij ons terecht komen heeft een GGZ verleden. In het [medisch] dossier zit dan heel veel informatie over welke kant het uitgaat. Alleen dan krijg je ‘wij tegenover zij’, medische geheimhouding, zit in het dossier, gaat niet naar ons”.

volgens de VHD-D, radicalisering hetzelfde moeten benaderen als huiselijk geweld. Er mist volgens hen een goede interne opschaling van zorgen over radicalisering naar de geneesheer-directeur, zodat die de politie kan inlichten. De VHD-D gaven aan dat een CTER-label verlamdend kan werken op informatie-uitwisseling; ook binnen het VHD. Deze typering is nauwelijks terug te draaien, vond men.

Box 1.7



“Ik denk dat ‘de gevaarlijke mens’, of ‘het dreigende gedrag’, eigenlijk van niemand is. Kijk de GGZ wil een behandelbare stoornis hebben, anders kunnen ze niks. En het OM wil een strafbaar feit hebben, anders kunnen zij niks bij wijze van spreken. En dan heb je een vacuüm dus. Dat hebben we niet belegd. Sterker nog, dan gaan we druk op elkaar uitoefenen en overgooien.”

Samenwerking

Het werd door VHD-D belangrijk geacht dat professionals in de verschillende domeinen elkaar goed uitleggen wat zij wel en niet kunnen of mogen (zie citaat box 1.7). Samenwerking binnen zorg- en veiligheidshuis constructies is zinnig, alhoewel je nog steeds lef moet hebben om informatie te delen. Sommige VHD-D waren minder positief en zeiden dat de GGZ alleen wil samenwerken als er een risico is dat zij in de krant komen. Er werden zorgen geuit over het gebrek aan communicatie tussen de CTER-teams en de teams die zich met verwarde personen problematiek bezighouden.

Resultaten gecombineerde focusgroep

De focusgroep was samengesteld uit 2 psychiaters, 2 sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, 1 orthopedagoog/GZ-psycholoog, 1 beleidsmedewerker Openbaar Ministerie en 2 politie professionals. De focusgroep discussie duurde 2 uur en 30 minuten. Er is een audio opname gemaakt ten behoeve van de transcriptie. De opname is na het transcriberen vernietigd. Hieronder duidt de afkorting COM-D op de deelnemers aan de gecombineerde focusgroep.

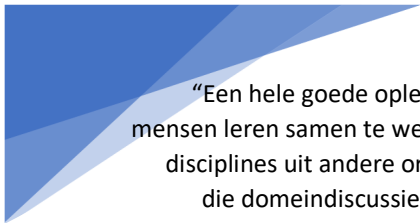
De analyse van de 3 vooraf bepaalde oplossingsgerichte thema's is als volgt:

Opleidingen:

Knelpunten die door de COM-D werden geïdentificeerd waren dat er in de CTER-opleiding bij de politie te weinig aandacht is voor psychische problematiek en dat het onderwerp radicalisering niet in de GGZ-opleidingen aan de orde komt. Men was het er echter over eens dat scholing alleen beklijft als men er in de praktijk mee aan de slag kan. Dit werd als knelpunt gezien, gelet op de lage prevalentie van radicalisering.

Over de vormen waarin aandacht zou kunnen worden geschonken aan radicalisering in combinatie met psychische problematiek in opleidingen kwamen een aantal suggesties naar voren. Er werd voorgesteld om disciplines uit verschillende domeinen (in ieder geval GGZ en VHD) te combineren in één klas, zowel voor wat betreft docenten als studenten (zie citaat box 1.8). Daarnaast werd door de COM-D benadrukt dat deskundigheidsbevordering voor dit onderwerp in alle lagen van de

Box 1.8



“Een hele goede opleiding zou zijn dat mensen leren samen te werken met andere disciplines uit andere organisaties. Want die domeindiscussie betekent dat we binnen ons domein ons zo goed mogelijk proberen neer te zetten om zo min mogelijk risico's te lopen. Net buiten dat domein zijn we niet thuis. Dus we moeten samen over die schotten heen, of over die oude dingen heen. Dat is denk ik een hele zinvolle opleidingsituatie, die je heel breed neer kan zetten.”

organisaties moet worden gerealiseerd, om te voorkomen dat kennis stagneert in de functiehuis kolommen. Tenslotte werd ervoor gepleit gebruik te maken van ervaringsdeskundigen (personen die geradicaliseerd zijn/waren of veroordeeld zijn voor een terroristisch misdrijf) om de begrippen concreet te maken

De COM-D gaven aan dat er verschillende positieve ontwikkelingen zijn in opleidingen. Zo is er op de politieacademie een trend om trainingen aan te laten sluiten bij de praktijk. GGZ Nederland is bezig om kennisontwikkeling te organiseren rond waarden netwerken, die zijn samengesteld uit partners van verschillende domeinen (dus niet alleen de GGZ). Men vond dat de GGZ weliswaar in de richting van samenwerking beweegt, maar nog achterloopt op het veiligheidsdomein. Tenslotte gaf men aan dat een goede opleiding gekenmerkt wordt door de nadruk die er ligt op samenwerken.

Werkvloer:

Knelpunten in het samenwerken op de werkvloer waren volgens de COM-D dat wetgeving constructief overleg lijkt te belemmeren omdat men zich beperkt voelt in wat er aan informatie gedeeld kan worden. De COM-D gaven aan dat er lef nodig is voor een goed inhoudelijk overleg, zelfs als het belang van de betrokkene evident is. Daarnaast is er over en weer weinig kennis over de (on-) mogelijkheden van de ander, waardoor de verwachtingen van elkaar soms onrealistisch zijn en tot teleurstellingen leiden. Een ander probleem dat werd gesignaleerd was dat de prevalentie van radicalisering met of zonder psychische problematiek te laag is voor een routinematig gebruik van risicotaxatie instrumenten in de algemene setting. Men vond dat de labels (CTER, radicalisering etc.) dikwijls leiden tot tunnelvisie, waardoor andere scenario's niet meer meegenomen worden en men vergeet breed te kijken. Hoewel routinematige evaluatie van incidenten en casuïstiek door GGZ- en VHD-professionals samen, noodzakelijk werd gevonden, gaven de COM-D aan dat door alle gefragmenteerde roosters en drukke agenda's het vrijwel onmogelijk is om naderhand de juiste mensen om de tafel te krijgen voor een goede evaluatie. Tenslotte werd het knelpunt genoemd dat professionals huiverig zijn om in een tuchtprocedure terecht te komen doordat zij te veel of te weinig informatie hebben gedeeld met anderen, en dat zij zich daarin niet gesteund voelen door de werkgever.

Als verbeterpunten voor de GGZ werden specifiek genoemd het opzetten van interne procedures bij het tegenkomen van radicalisering bij patiënten, meer aandacht voor kennis over regelgeving en werkwijze van de politie en het OM, en tenslotte betere aandacht voor mensen met (licht) verstandelijke beperkingen.



Box 1.9

“Ik herinner mij de tijd dat we ongeveer wekelijks met de dood werden bedreigd. We hadden een hele goede relatie met de wijkagent. Doordat we elkaar ook buiten crisissituaties of incidenten tegenkwamen, konden we elkaar heel snel bellen. Ik belde dan de wijkagent, en die zei ‘wil je me als broersnor hebben of als vader om even met elkaar af te stemmen; in welke positie gaan we er nu mee aan de gang?’ En dat zijn investeringen die opdiepen.”

Gezamenlijke verbeterpunten waren volgens de COM-D niet alleen het beter leren herkennen van signalen van radicalisering, maar ook het beter organiseren van de opvolging. Men gaf aan dat het belangrijk is om elkaar over en weer te leren kennen in een rustige situatie, zodat het makkelijker wordt om in crisissituaties samen op te trekken en buiten de crisis om in vertrouwen met elkaar van gedachten te kunnen wisselen (zie citaat box 1.9). Verder merkten de COM-D op dat het woord radicalisering te beperkend is en dat het beter zou zijn om de blik breder te hebben op kwetsbare mensen in het algemeen.

Tenslotte werd er ten aanzien van het thema beleid opgemerkt dat er een gemis was aan een

gezamenlijk risico-taxatie instrument dat in beide domeinen hetzelfde wordt gehanteerd en begrepen. Men pleitte voor bedrijfsplannen die de samenwerking tussen de GGZ en het VHD borgen. Verder werd voorgesteld om de financieringsschotten te vervangen door overkoepelende bekostiging. Men was van mening dat het OM een coördinerende en regietak zou moeten hebben. Tevens werd gepleit voor het bespreken van casuïstiek rondom (dreigend) extreem geweld (dus niet alleen radicalisering en terrorisme) in een vierhoek: openbaar ministerie, GGZ, politie en gemeente.

Discussie

De resultaten van de drie focusgroepen geven volgens ons aan dat de deelnemers uit de GGZ-domein en het veiligheidsdomein belang hechten aan de veiligheid in de samenleving. Wel bestaan er verschillen tussen professionals uit het GGZ-domein en het veiligheidsdomein in hun opvattingen over radicalisering en de relatie met psychische problematiek. Wij zagen dat die verschillen tussen de domeinen voor een groot deel op te hooggespannen verwachtingen van de mogelijkheden van professionals in het andere domein berusten en te weinig begrip van de inhoud van de problematiek in het andere domein. Veel genoemde verschillen gingen over het nut van verplichte opnames in de psychiatrie om de veiligheid in de samenleving te verbeteren, de perceptie dat een aangifte of melding altijd een strafrechtelijke consequentie heeft en de verwachting dat medische informatie bijdraagt aan preventie van radicalisering. Men gaf aan onvoldoende kennis te hebben van elkaars domein wat bijdraagt aan percepties dat de ander onwillig is of onbekwaam om een bijdrage te leveren aan de veiligheid in de samenleving. Dit wordt versterkt door een gebrek aan terugkoppeling over en weer. Zo wordt de GGZ door deelnemers uit het veiligheidsdomein gezien als een moeilijk te bereiken sector die vooral gericht is op de individuele patiënt, met te weinig oog voor de bredere context waarin die patiënt interacteert met de samenleving. Langdurige gedragsproblemen bij mensen met chronische psychiatrische problemen worden in het veiligheidsdomein nogal eens gezien als falen van de GGZ. Deelnemers uit beide domeinen stelden voor om in de opleidingen al te beginnen met daadwerkelijke samenwerking (samen leren) tussen professionals.

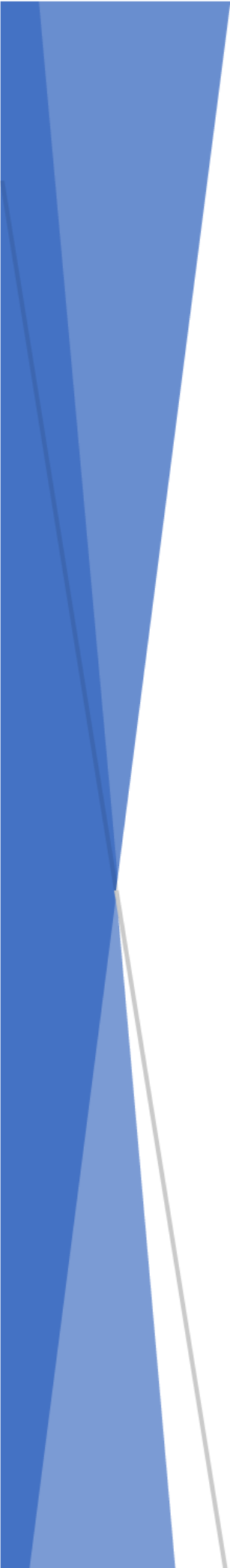
In alle focusgroep discussies kwam het onderwerp informatiedelen vaak ter sprake, waarbij men aangaf dat dit vaak te weinig en niet altijd op een verantwoorde manier gebeurt. De noodzaak om in bepaalde situaties informatie tussen de domeinen uit te wisselen werd door alle deelnemers onderschreven. Er waren echter verschillen ten aanzien van wanneer en wat er gedeeld moest of kon worden. Er bestond - in beide domeinen – naar ons idee verwarring over de strekking van het medisch beroepsgeheim, vooral ten aanzien van de mogelijkheden om de zwijgplicht te doorbreken. Men was het erover eens dat er in het kader van preventie bij radicalisering zelden sprake is van acuut (dreigend) gevaar, waardoor vaak het wettelijk niet mogelijk is om informatie over een patiënt waar men zich in de GGZ zorgen over maakt, te delen met het veiligheidsdomein. Deelnemers uit beide domeinen gaven verder aan dat men na het delen van informatie vaak een terugkoppeling uit het andere domein miste.

Met betrekking tot radicalisering werd ons duidelijk dat er een groot verschil is tussen de domeinen over de manier waarop de dreiging vanuit radicalisering wordt ingeschat en geobjectiveerd. In de GGZ staat de psychiatrische problematiek van een individu voorop en worden signalen van radicalisering niet of niet goed geïdentificeerd, ook omdat het in de GGZ-praktijk relatief weinig voorkomt. Meerdere deelnemers noemden dat termen als radicalisering en terrorisme een bepaalde reactie bij professionals oproept, waardoor tunnelvisie in de hand gewerkt wordt. Dit terwijl het eigenlijke gevaar gaat over de – als begrip breder aanvaarde – veiligheid in de samenleving. Deelnemers stelden voor om voor een vermoeden op radicalisering eenzelfde proces in te richten als voor huiselijk geweld, omdat het belang van vroegsignalering wel door alle deelnemers werd onderschreven. Daarmee zou een pad naar geweld vroegtijdig kunnen worden omgebogen, mits er in dat proces sprake is van een

multidisciplinair overleg, waarbij zorgprofessionals dus ook aan CTER-tafels deelnemen. In de gecombineerde focusgroep werd gepleit voor het gebruik van dezelfde risicotaxatie-instrumenten. Dit zou inderdaad helpen om begrip over radicalisering en werkwijzen in beide domeinen te harmoniseren. Tenslotte gaven deelnemers uit de GGZ aan dat het essentieel is dat GGZ-organisaties een intern opschalingsproces hebben waar het onderbuikgevoel van een medewerker door deskundigen kunnen worden gedeeld en eventueel kunnen worden gedeeld met het veiligheidsdomein. Behalve goed overleg in zorg- en veiligheidshuizen werd voorgesteld om het driehoeksoverleg (OM, politie, gemeente) uit te breiden met de GGZ naar een vierhoeksoverleg.

Conclusies focusgroepen

Onze conclusie is dat de focusgroep discussies laten zien dat veiligheid in de samenleving een gezamenlijke waarde is bij de GGZ- en VHD-deelnemers. Er is echter veel onbegrip over de (on-) mogelijkheden van elkaars domein, wat tot frustratie leidt en wantrouwen. Wij vonden dat dit vooral geldt ten aanzien van het medisch beroepsgeheim, wat in de praktijk preventie van radicalisering lijkt te belemmeren. Samenwerken in een multidisciplinair en intersectoraal verband kan volgens ons synergetisch werken als kennisgebieden elkaar aanvullen. Dan kan dit tot een betere contextuele duiding leiden van onderwerpen op het raakvlak van zorg en veiligheid, zoals radicalisering. Zoals in de focusgroepen ook naar voren kwam, kan het verder ontwikkelen en professionaliseren van zorg- en veiligheidshuizen daar een bijdrage aan leveren, maar het vergroten van wederzijds begrip begint volgens ons bij de opleidingen.



DEEL 2: SURVEY

Deel 2: Survey

Inleiding

In dit deel van het onderzoek is aan respondenten uit beiden domeinen dezelfde vragenlijst voorgelegd. Het doel was om statistisch significante verschillen tussen de twee domeinen te identificeren om antwoord te geven op de vraag of er sprake is van een kloof tussen beide domeinen. Statistisch niet-significante verschillen (overeenkomsten) zijn in het kader van dit onderzoek echter ook relevant omdat het aangeeft waar respondenten ondanks de verschillende domeinen toch op één lijn zitten. Het onderwerp radicalisering is niet voor iedereen even vertrouwd. Om die reden is na elke vraag geïnformeerd naar de mate van zekerheid bij de respondent over het gegeven antwoord.

Omwille van de overzichtelijkheid van het verslag worden GGZ-respondenten aangeduid als GGZ-R en respondenten uit het veiligheidsdomein als VHD-R.

Methode

Vragenlijst

Aan de hand van de analyse van de focusgroepen voor GGZ- en VHD-professionals is een vragenlijst samengesteld van 81 inhoudelijke vragen. (Voor de volledige lijst met vragen, zie [bijlage 1](#)). Iedere vraag wordt gevolgd door een vraag over de mate van zekerheid waarmee de inhoudelijke vraag is beantwoord. De vragen zijn onderverdeeld in 4 themagroepen. De eerste themagroep bevat percepties over *radicalisering* (het thema zelf), zoals: “Er is in Nederland een goed systeem om radicalisering vroeg te signaleren”. De tweede groep gaat over percepties van *taken & rollen* (van professionals), zoals: “De GGZ heeft een rol in de (vroeg-)signalering van radicalisering”. De derde groep richt zich op percepties over de *relatie* (tussen professionals in beide domeinen), zoals: “De communicatie tussen het VHD en de GGZ hapert”. De vierde groep is gericht op *inhoud & professionaliteit* (van het werk in de professionele sectoren), bijvoorbeeld: “De politie en het OM denken over de GGZ in termen van het opsluiten van verwarde mensen”. Hieraan is een themagroep *contact* toegevoegd met 8 inhoudsvragen van een bestaande vragenlijst over kwantiteit en kwaliteit van intergroep contact (Voci and Hewstone 2003), bijvoorbeeld: “Het contact met mensen uit het 'andere' domein ervaar ik als oppervlakkig”. Ook hier worden bijbehorende zekerheidsvragen gesteld. De vragenlijst begint met een aantal demografische vragen. Voor de inhoudelijke antwoorden wordt gebruik gemaakt van een 5 punt Likert schaal (1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = neutraal, 4 = mee eens, 5 = helemaal mee eens) en voor de geassocieerde zekerheidsantwoorden eveneens (1 = heel onzeker, 2 = onzeker, 3 = neutraal, 4 = zeker, 5 = heel zeker). De vragenlijst is gedigitaliseerd met het programma Qualtrics®.

Respondenten³

Vervolgens zijn 24 professionals geïdentificeerd in de GGZ en het VHD volgens een *purposive sampling* methode. Er is voor wat betreft de GGZ gestreefd naar een representatieve geografische spreiding en disciplines. Voor het VHD is spreiding aangebracht over de drie onderdelen van het VHD: politie, Koninklijke Marechaussee en openbaar ministerie. Alle benaderde professionals hebben toegezegd mee te willen werken aan het onderzoek en hebben elk een uniek digitaal linkadres naar de Qualtrics omgeving gekregen, waarmee de vragenlijst kan worden ingevuld. Vervolgens is hen gevraagd om door middel van een *snowball sampling* methode de link naar de vragenlijst in hun professionele omgeving

³ In dit deel wordt omwille van overzichtelijkheid de afkorting GGZ-R en VHD-R gebruikt voor respondenten uit respectievelijk het veiligheidsdomein en het domein van de GGZ

te distribueren door de link naar ten minste 10 collega's te sturen. De vragenlijst kon door respondenten van mei tot juli 2019 worden ingevuld.

Statistiek

De betrouwbaarheid van de schalen (themagroepen) is geanalyseerd met behulp van Cronbach's alfa als maat voor de interne consistentie van de schaal.

Omdat de items in de themagroepen niet uni-directioneel zijn, kunnen geen inhoudelijke conclusies worden verbonden aan de somscores van de themagroepen. Daarom zijn de antwoorden van de respondenten uit het VHD en de GGZ op itemniveau vergeleken, echter na een Bonferroni correctie van het significantieniveau om de kans type-I fouten te reduceren⁴. Hierbij wordt het nieuwe significantieniveau berekend door het oude significantieniveau ($p=.01$) te delen door het aantal items in de themagroep. Alleen de items in elke themagroep waarvan de p-waarde na one-way ANOVA kleiner is dan het nieuwe significantieniveau worden verondersteld significant te verschillen tussen GGZ-R en VHD-R. Deze methode is zowel voor de inhoudsvragen gevolgd als voor de gepaarde zekerheidsvragen. In de rapportage worden alleen de statistisch significante verschillen besproken.

Behalve antwoord op de inhoudsvraag en de mate van zekerheid over die vraag, is het relevant te onderzoeken hoe uitgesproken (zeer oneens, zeer eens) of voorzichtig (eens, oneens) respondenten antwoorden op vragen die meer of minder betrekking hebben op hun invloedssfeer (GGZ voor GGZ-R en VHD voor VHD-R). Hiervoor is een *mate van uitgesprokenheid* op inhoudsvragen en zekerheidsvragen berekend. Voor dit onderdeel van de analyse zijn alle vragen ingedeeld in vier groepen: (1) vragen die GGZ-specifiek zijn, (2) VHD-specifiek zijn, (3) over radicalisering gaan of (4) specifiek voor beide domeinen zijn. Vervolgens is iedere score omgerekend naar een mate van uitgesprokenheid (2 = zeer (on-)eens of heel (on-)zeker, 1 = (on-)eens of (on-)zeker, 0 = neutraal) (zie [bijlage 2](#)).

Er is een significantieniveau van $p=.01$ aangehouden, behoudens Bonferroni correcties. Voor de berekeningen gebruik gemaakt van IBM®SPSS®Statistics versie 26.

Resultaten

Bij het sluiten van de dataset in augustus 2019 bestond de respons uit 154 vragenlijsten. Het bleek dat 42 vragenlijsten niet bruikbaar waren omdat minder dan de helft van het aantal antwoorden was ingevuld. Uiteindelijk konden met 112 vragenlijsten analyses worden uitgevoerd.

De geografische spreiding van de respondenten is berekend aan de hand van de eerste twee cijfers van de postcode.

	VHD-R	GGZ-R	Totaal
Grote steden	41,0	35,3	45
Randstad	29,5	5,9	29
Overig	24,6	58,8	26

⁴ Een type-I fout is een fout-positieve uitslag die optreedt als artefact van multiële toetsing. Een item lijkt dan significant te zijn terwijl dit in werkelijkheid niet zo is.

Analyse wees uit dat 45% van het totaal aantal respondenten uit één van de 5 grote steden kwam (meer dan 230.000 inwoners⁵) (zie tabel 2.1).

Verder kwam 29% uit de westelijke provincies Noord- en Zuid-Holland en 26% uit de overige provincies. De geografische verdeling tussen de twee domeinen was echter statistisch significant verschillend ($X^2=29.201$, $p<.001$). Er was een oververtegenwoordiging van VHD-R uit de randstad en de grote steden.

Er waren 61 respondenten werkzaam in het veiligheidsdomein en 51 in de GGZ. De demografische gegevens zijn samengevat in tabel 2.2. Hieruit blijkt dat er iets meer mannen dan vrouwen hebben deelgenomen, maar dat de verdeling van sekse in beide groepen niet verschilde (66% vs. 63% mannen). Gemiddelde leeftijd was 47.1 jaar en dit was ook in beide groepen gelijk. Verder bleek dat de respondenten uit de GGZ hoger waren opgeleid dan die uit het veiligheidsdomein. Respondenten uit de GGZ hadden significant minder jaren ervaring dan de respondenten uit het VHD⁶.

Tabel 2.2: Demografische gegevens van 112 respondenten uit het veiligheidsdomein (VHD) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)			
	VHD-R (n=61)	GGZ-R (n=51)	Statistiek
Geslacht (man)	40 (66%)	32 (63%)	$X^2=.097$, $p=.756$
Leeftijd (gem./SD)	47.1 (10.93)	47.1 (13.20)	$F=.000$, $p=.989$
Opleiding *			$X^2=21.9$, $p<.001$
WO	27 (44%)	42 (82%)	
HBO	19 (31%)	9 (18%)	
MBO	15 (25%)	0	
Jaren ervaring *	20.3 (12.69)	13.2 (8.51)	$F=11.632$, $p<.001$
* statistisch significant $p<.001$			

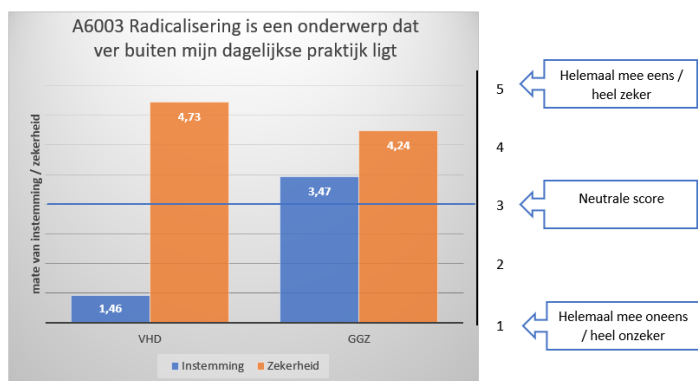
De interne consistentie van de vragenlijst was met uitzondering van de inhoudsvragen in de themagroep radicalisering, ruim voldoende (>.6) (tabel 2.3).

Tabel 2.3: Interne consistentie van de 5 themagroepen voor inhoudsvragen en zekerheidsvragen		
Themagroep	Inhoud (Cronbach's α)	Zekerheid (Cronbach's α)
Radicalisering (n=10)	.452	.791
Contact ^a (n=8)	.893	.856
Taken & rollen (n=13)	.653	.891
Relatie (n=29)	.826	.952
Inhoud & professionaliteit (n=23)	.638	.917
^a De interne consistentie van de contactschaal is berekend voor de 6 items die de kwaliteit van het contact meten. De eerste 2 items betreffen frequentie van contact en aantal contacten en zijn buiten beschouwing gelaten.		

⁵ Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht, Groningen

⁶ Dit laatste kan veroorzaakt zijn door ambiguïteit in de vraag: "Hoeveel jaar werkt u bij deze organisatie?" Voor politie, KMAR en OM verandert de organisatie niet ondanks regelmatige interne overplaatsingen, maar voor de GGZ betekent de overstap naar een andere regio of werkgever, vaak ook een andere organisatie. Een betere vraag was geweest: "hoe lang oefent u dit beroep uit?"

Hieronder worden de resultaten van de analyses voor significante items per themagroep beschreven voor GGZ-R en VHD-R samen met een grafisch overzicht van die statistisch significante verschillen in gemiddelde score tussen VHD-R en GGZ-R. Voor een toelichting zie figuur 2.1.

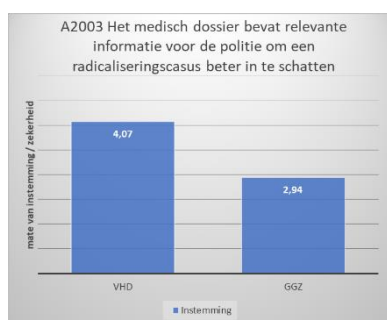


Figuur 2.1. In dit voorbeeld figuur is er voor vraag A6003 een statistisch significant verschil in antwoorden tussen GGZ-R en VHD-R gevonden. De getallen geven de gemiddelde scores aan, waarbij 1 betekent helemaal mee oneens (of heel onzeker) en 5 helemaal mee eens (of heel zeker). Een neutrale score heeft de waarde 3. De blauwe blokken geven de scores op de inhoudsvragen weer en de oranje de mate van zekerheid. In dit voorbeeld zijn de 61 VHD-R het gemiddeld zeer oneens met de

inhoudsvraag (1,46) en zijn gemiddeld zeer zeker van hun antwoorden (4,73). De GGZ-R antwoorden op de inhoudsvraag in tegengestelde richting (aan de 'mee eens' kant van de neutrale lijn) en zijn iets minder zeker van hun antwoorden dan de VHD-R.

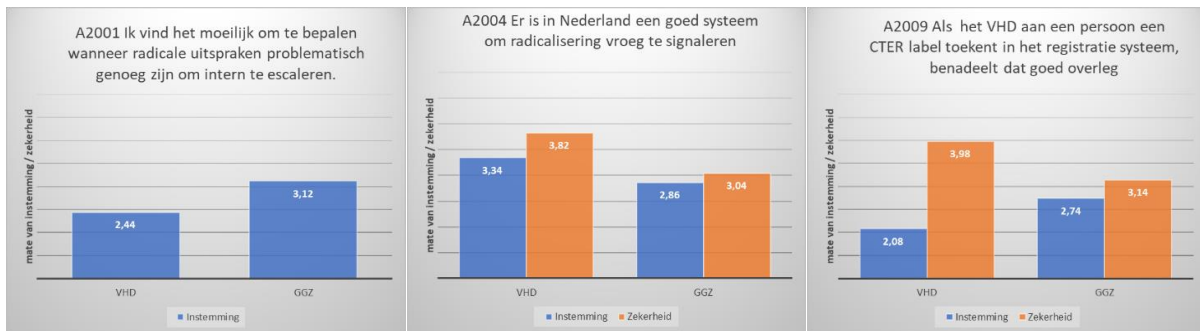
Thema Radicalisering

De VHD-R vinden dat het medisch dossier bij de GGZ relevante informatie bevat om een radicaliseringscasus te duiden, maar de GGZ-R zijn het hier niet mee eens (A2003).

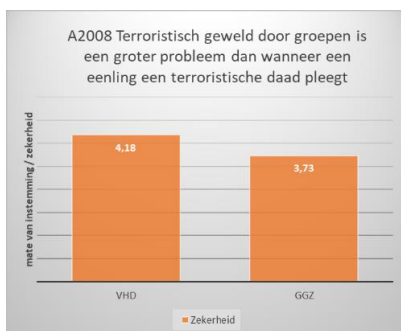


De VHD-R vinden het minder moeilijk dan de GGZ-R om intern op te schalen als het gaat om radicale uitspraken (A2001). VHD-R staan neutraal tegenover hoe goed het systeem van vroeg signalering is in Nederland, maar de GGZ-R zijn hier sceptischer over, zij het dat zij onzekerder zijn dan de VHD-R (A2004). De VHD-R zijn er minder van overtuigd dat een CTER label⁷ goed overleg in de weg staat dan de GGZ-R (A2009).

⁷ Een CTER-label betekent dat een persoon door het VHD geïdentificeerd is als iemand die voor een speciale aanpak in aanmerking komt: Contra Terrorisme, Extremisme en Radicalisering



Zowel de VHD-R als de GGZ-R antwoordden neutraal op de vraag of terroristisch geweld gepleegd door een groep in vergelijking met een eenling een groter probleem is, maar de VHD-R zijn hier significant zekerder van dan de GGZ-R (A2008).



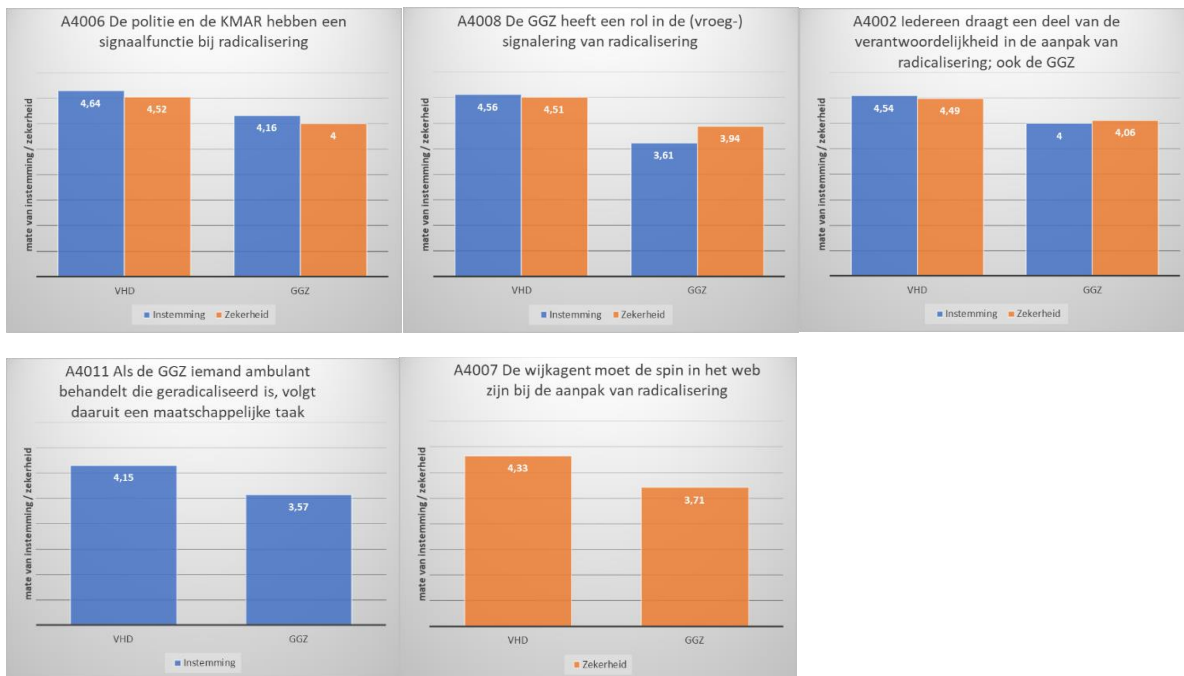
Thema Contact

Opvallend is dat er geen significante verschillen zijn op dit thema, noch in de zekerheid waarmee respondenten de vragen hebben beantwoord. Deze 8 items zijn onder te verdelen in 2 items die de frequentie van contact en het aantal contactpersonen inventariseren en de overige 6 items die de kwaliteit van het contact in kaart brengen (zie [bijlage 1](#)). Het gemiddeld aantal mensen dat respondenten uit 'het andere domein' kenden verschilde niet significant (VHD-R 30.3 (SD=74.17), GGZ-R 15.8 (SD=23.75), $F_{1,110}=1.79$, $p=.183$). De gemiddelde frequentie van contact was 3.3 (SD=1.25) voor de VHD-R en 3.2 (SD=1.34) voor de GGZ-R, waarbij 1 = 'nooit', 2 = '1 keer per jaar', 3 = '1 keer per maand', 4 = '1 keer per week' en 5 = 'elke dag'. De zekerheid scores verschilden eveneens niet significant voor beide items.

Thema Taken en Rollen

In deze themagroep zijn geen tegengestelde opvattingen (aan weerszijde van de neutrale lijn, zie figuur 2.1), alleen de mate waarin GGZ-R en VHD-R het samen wel of niet eens zijn met een stelling verschilt significant.

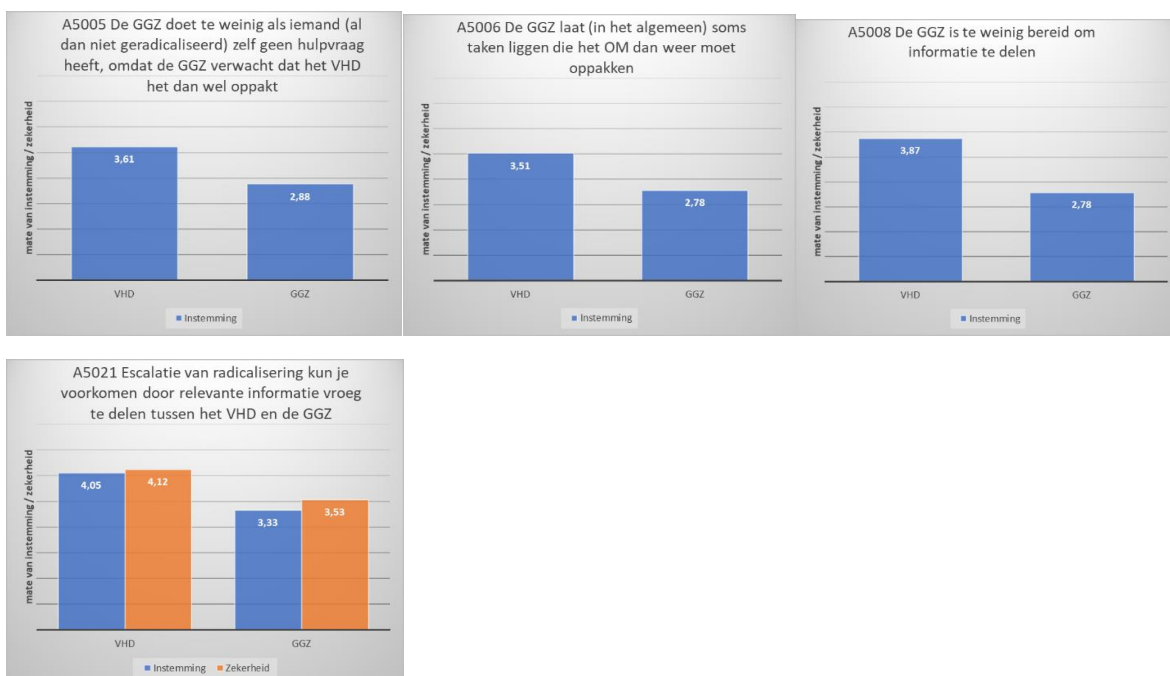
De VHD-R vinden meer dan GGZ-R dat zowel de politie en de KMar (A4006) als ook de GGZ (A4008) een rol hebben in de aanpak (A4002) en het signaleren van radicalisering. De VHD-R zijn daar ook zekerder over dan de GGZ-R. Tevens zijn VHD-R er meer van overtuigd dan GGZ-R, dat de GGZ een maatschappelijke rol heeft als het gaat om geradicaliseerde ambulante patiënten (A4011).



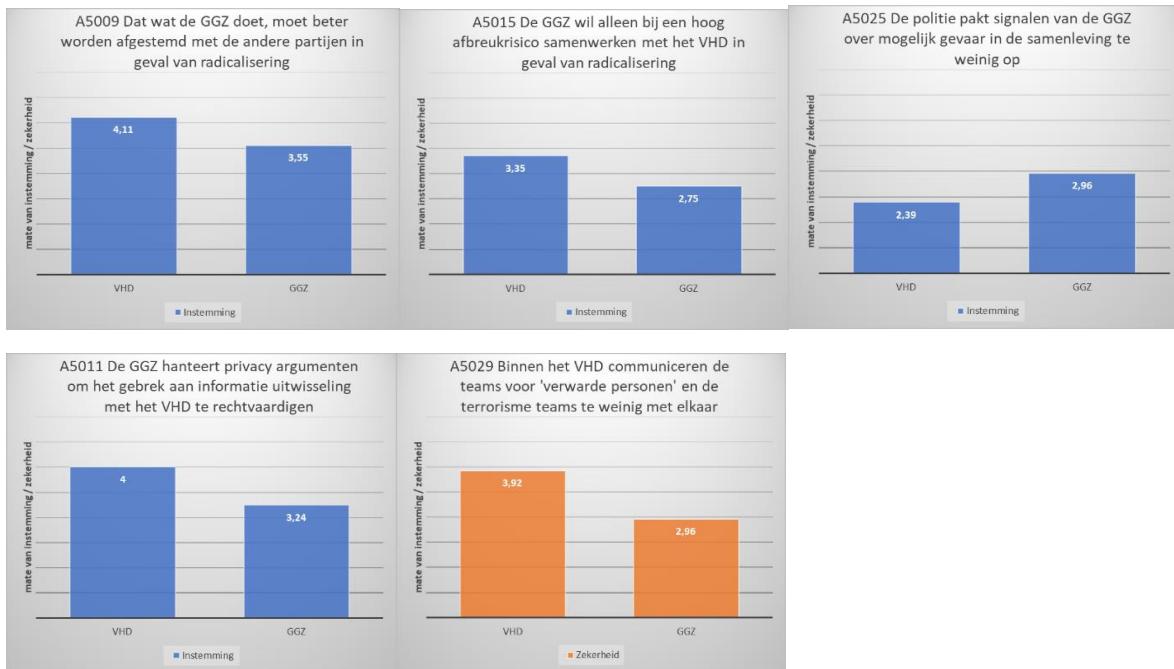
Zowel VHD-R als GGZ-R vinden dat de wijkagent een spin in het web moet zijn bij de aanpak van radicalisering, maar VHD-R zijn daar zekerder over dan GGZ-R (A4007).

Thema onderlinge Relaties

Op een aantal punten verschillen de meningen van de respondenten over het thema "Onderlinge relaties". Zo vinden VHD-R dat de GGZ taken laat liggen in de verwachting dat het VHD die oppakken, bijvoorbeeld als er geen directe hulpvraag is van een betrokkene. De GGZ-R zijn het daar niet mee eens (A5005, A5006). VHD-R vinden, in tegenstelling tot GGZ-R, dat de GGZ weinig bereid is om informatie te delen (A5008). De VHD-R zijn er zeker van dat je juist escalatie van radicalisering kunt voorkomen als je vroeg informatie deelt tussen het VHD en de GGZ, maar GGZ-R zijn het daar niet mee eens, maar zijn daar wel iets minder zeker over dan de VHD-R (A5021).



Verder vinden VHD-R meer dan GGZ-R dat de GGZ beter aan andere partijen moet uitleggen wat zij doet met patiënten waarbij sprake is van radicalisering, en niet alleen in geval van een hoog afbreukrisico (A5009, A5015). VHD-R vinden meer dan GGZ-R dat het VHD signalen uit de GGZ over mogelijk gevaar in de samenleving goed oppakt (A5025) maar dat de GGZ privacy argumenten aanvoert om het gebrek aan informatie-uitwisseling met het VHD te rechtvaardigen (A5011).



VHD-R zijn er meer van overtuigd dan GGZ-R dat er beter moet worden overlegd binnen het VHD tussen de CTER-professionals en professionals die zich bezighouden met verwarde personen (A5029).

Thema Inhoud en professionaliteit

Er bestaan verschillende meningen over de inhoud van elkaars taken en de mate van professionaliteit. VHD-R zijn bijvoorbeeld van mening dat een klinische opname in de GGZ de veiligheid in de samenleving bevordert en dat veiligheid het welzijn van die samenleving omvat. GGZ-R delen die opvattingen juist niet (A6004, A6007). GGZ-R vinden dat er in de GGZ te weinig kennis is over radicalisering, terwijl VHD-R denken dat die kennis er wel is (A6010).



De VHD-R zijn er verder zeer zeker van dat bij een combinatie van strafrecht en psychische problematiek het VHD ook de strafrecht component oppakt en niet alleen verwijst naar de GGZ voor actie. De GGZ-R zeggen minder zeker te zijn van wat er in dat geval gebeurt (A6012). GGZ-R zijn van mening dat het VHD denkt over de GGZ in termen van het opsluiten van mensen, maar VHD-R delen die mening niet (A6013). VHD-R vinden het moeilijk om te weten wanneer ze verontrustende

uitspraken van patiënten in de GGZ serieus moeten nemen, maar GGZ-R hebben daar geen moeite mee (A6014).



De VHD-R zijn stellig in de opvatting dat het onderwerp radicalisering tot hun dagelijkse praktijk behoort, terwijl GGZ-R hier neutraal over denken en minder zeker van zijn (A6003). VHD-R vinden meer dan GGZ-R dat de GGZ, in tegenstelling tot het VHD, nauwelijks ter verantwoording is te roepen (A6006). GGZ-R zijn, meer dan VHD-R, van mening dat er in de GGZ goed wordt nagedacht over de relatie tussen delict gedrag en psychische problematiek (A6008). VHD-R zijn meer dan GGZ-R van mening dat het opschalen van een niet-pluis gevoel over radicalisering in hun organisatie beter is geregeld (A6011).



Hoewel VHD-R en GGZ-R het beide een beetje eens zijn met de volgende stellingen, zijn VHD-R daar significant zekerder over dan GGZ-R:

- Professionals in alle domeinen schieten snel in een kramp bij signalen van radicalisering (A6001)
- Hoe groter de dreiging door een geradicaliseerd persoon, hoe minder flexibel je bent in het de-escaleren daarvan (A6016)
- De wijkagent bezwijkt onder een administratieve druk (A6018)
- Professionals in het VHD hebben te weinig kennis van hoe om te gaan met verwarde mensen (A6019)

- De KMar en politie worden onverschillig over de ernst van psychische problemen van eenzelfde persoon als die al jarenlang bestaan (A6020)
- (Beide neutraal) De politie heeft te veel oog voor de veiligheidsaspecten van een geradicaliseerd persoon en te weinig voor de zorgbehoefte (A6021)



Mate van uitgesprokenheid

Om patronen te ontdekken in de mate van uitgesprokenheid van de respondenten zijn alle vragen op een andere manier geordend dan in de bovenstaande themagroepen. Er is eerst een indeling gemaakt van vragen in verschillende clusters op basis van het onderwerp of de doelgroep van de vraag en vervolgens zijn de scores omgerekend (1 en 5 wordt 2, 2 en 4 wordt 1, 3 wordt 0). Het gaat daarbij dus niet meer over de richting van het antwoord (eens – oneens) maar over de mate van uitgesprokenheid van het antwoord. De vier clusters zijn gebaseerd op a) vragen waarbij radicalisering het onderwerp is, b) vragen waarbij de GGZ 'aan zet' of het onderwerp is, c) vragen waarbij het VHD 'aan zet' of het onderwerp is, en d) vragen waarbij zowel de GGZ als het VHD het onderwerp zijn. (zie [bijlage 2](#) voor de selectie van items voor de clusters).

Tabel 2.4: Domeinverschillen tussen de gemiddelde waarden (en standaarddeviaties) van de mate van uitgesprokenheid* op de inhoudelijke vragen die een overeenkomstig onderwerp hebben

Onderwerp clusters	VHD-R (n=61)	GGZ-R (n=51)	Statistiek
Radicalisering	1.06 (.234)	.90 (.240)	F=12.958, p<.000
GGZ	.91 (.295)	.90 (.280)	F=.009, p=.924
VHD	.86 (.248)	.68 (.266)	F=14.224, p<.000
GGZ & VHD	1.13 (.299)	.98 (.290)	F=7.233, p=.008

* 2 = zeer uitgesproken, 1 = weinig uitgesproken, 0 = neutraal

Tabel 2.4 laat zien dat de VHD-R significant meer uitgesproken zijn in hun antwoorden vergeleken bij de GGZ-R waar het vragen betreft met als onderwerp radicalisering, het veiligheidsdomein en waarbij de vraag over een gezamenlijk belang of onderwerp gaat. VHD-R zijn niet meer uitgesproken in hun antwoorden dan de GGZ-R als het over vragen gaat die het andere (GGZ) domein betreffen.

Tabel 2.5 laat zien dat de VHD-R significant zekerder zijn van hun antwoord dan de GGZ-R voor vragen die gaan over radicalisering of hun eigen werkveld. De zekerheidsscore van de VHD-R is het laagst als het gaat over GGZ-specifieke vragen, maar is niet verschillend van de zekerheidsscore van de GGZ-R op die vragen. Er is eveneens geen verschil tussen de mate van uitgesprokenheid in de zekerheidsscores tussen beide domeinen voor vragen die over een gezamenlijk belang of onderwerp gaan.

Tabel 2.5: Domeinverschillen tussen de gemiddelde waarden (en standaarddeviaties) van de mate van uitgesprokenheid* van de bij de inhoudelijke vragen horende zekerheidsscores.			
Onderwerp van de vraag	VHD-R (n=61)	GGZ-R (n=51)	Statistiek
Radicalisering	1.15 (.350)	.94 (.284)	F=12.856, p<.000
GGZ	1.02 (.397)	.94 (.313)	F=1.200, p=.276
VHD	1.03 (.378)	.80 (.352)	F=10.673, p=.001
GGZ & VHD	1.12 (.390)	1.01 (.356)	F=6.714, p=.011
* 2 = zeer uitgesproken, 1 = weinig uitgesproken, 0 = neutraal			

Discussie

De groepen respondenten kwamen overeen voor wat betreft leeftijd en geslacht, maar niet voor wat betreft de geografische verdeling. Dit VHD-R waren oververtegenwoordigd in de grote steden en de randstad waar problematiek met radicalisering ook meer voorkomt. Onze voorzichtige conclusie is dat dit het verschil in de mate van uitgesprokenheid kan verklaren tussen de GGZ-R en de VHD-R. Immers er waren meer politie, KMar en OM professionals uit de grote steden en randstad afkomstig, waar men meer te maken krijgt met het fenomeen radicalisering dan de GGZ professionals die meer uit de overige provincies kwamen, waar die problematiek relatief gezien minder vaak voorkomt. Een andere verklaring voor de verschillen in de mate van uitgesprokenheid op zowel de inhoudsvragen als de zekerheidsvragen, zou zijn dat de cultuur binnen het VHD minder beschouwend is dan die binnen de GGZ, maar dit is speculatief omdat de reacties van de respondenten niet gegeneraliseerd kunnen worden naar de hele sectoren waar zij in werkzaam zijn. Een derde verklaring voor het verschil in de mate van uitgesprokenheid kan volgens ons liggen aan het opleidingsniveau van de respondenten, dat hoger was voor de GGZ-R dan voor de VHD-R. Ook hier moet gewaakt worden voor ongefundeerde generalisering. Dat de GGZ-R significant minder jaren ervaring hadden dan de VHD-R kan veroorzaakt zijn door ambiguïteit in de vraag: "Hoeveel jaar werkt u bij deze organisatie?" Voor politie, KMar en OM verandert de organisatie niet ondanks regelmatige interne overplaatsingen, maar voor de GGZ betekent de overstap naar een andere regio of werkgever, vaak ook een andere organisatie. Achteraf was volgens ons een betere vraag geweest: "hoe lang oefent u dit beroep uit?"

Het is pertinent niet juist om op grond van bovenstaande resultaten te concluderen dat de respondenten uit het VHD boudere en minder doordachte uitspraken doen dan de GGZ-respondenten omdat zij lager zijn opgeleid. Wat namelijk opvalt is dat de VHD-R in het algemeen weliswaar meer uitgesproken waren in hun antwoorden en de zekerheid waarmee zij hadden geantwoord dan de GGZ-

R maar juist genuanceerder waren naarmate onderwerpen meer specifiek betrekking hadden op de GGZ. Dat wijst naar ons idee op de mogelijkheid dat de VHD-R wel degelijk genuanceerd antwoord hebben gegeven, maar neigen naar stellige antwoorden op de 5-punts schaal als het onderwerpen betreft waar zij zich professioneel mee kunnen identificeren. De GGZ-R daarentegen waren bij alle vragen voorzichtiger in hun antwoorden en zekerheids-scores.

De onderdelen van de vragenlijst toonden een goede interne consistentie op het thema radicalisering na. Omdat op itemniveau is geanalyseerd en niet op groepsniveau heeft de lage interne consistentie voor de themagroep radicalisering geen consequenties. De lage interne consistentie in de eerste twee schalen is te verklaren doordat de unidimensionaliteit tekortschiet waardoor een somscore weinig betekenis heeft. Bij de zekerheidsschalen is dit duidelijk wel het geval, wat resulteert in hoge betrouwbaarheid (>.8)

Uit de resultaten komt naar ons idee naar voren dat de GGZ-R zich minder comfortabel voelden bij het onderwerp radicalisering dan de VHD-R, en meer het idee hadden dat kwalificaties als 'geradicaliseerd' of 'CTER' constructief overleg in de weg kan staan. GGZ-R geven meer handelingsverlegenheid aan als radicalisering aan de orde is dan VHD-R en zijn minder bereid om medische gegevens in dit kader te delen.

Globaal waarderen alle respondenten het contact tussen beide domeinen als gemiddeld voor wat betreft frequentie, plezier, coöperatief en gelijkwaardig. Beide domeinen vinden dat het contact tussen beide domeinen niet oppervlakkig, formeel of hecht is. Wij vonden het opvallend dat er dus geen verschil is tussen beide domeinen op het onderdeel contact. Dit betekent volgens ons dat er potentieel voldoende draagvlak zou moeten zijn voor overleg tussen de domeinen.

Uit de resultaten van de themagroep *taken & rollen* komt naar voren dat er consensus is over de maatschappelijke rol voor zowel het VHD als de GGZ waar het gaat over preventie als aanpak van radicalisering. Toch lijken naar ons idee de GGZ-R hier voorzichtiger en minder zeker van te zijn dan de VHD-R, maar het is niet zo dat bij de GGZ-R het draagvlak voor samenwerking helemaal ontbreekt als het om veiligheid in de samenleving gaat in relatie tot radicalisering. Die gereserveerdheid ten aanzien van de taakopvatting in relatie tot radicalisering komt in de literatuur ook naar voren. Daar benadrukken psychiaters dat hun inzet bij mensen met psychische problemen vooral gericht is op het behandelen. Dat behandelperspectief is een wezenlijk andere dimensie dan aandacht voor ideologie en overtuigingen, ofschoon die wel beïnvloed kunnen worden door psychische problemen. De resultaten duiden er volgens ons mogelijk op dat de GGZ-R zich niet geroepen voelen om over de ideologie en overtuigingen van patiënten informatie te delen, tenzij er sprake is van een acuut dreigend gevaar, net zoals dat het geval is bij ander, niet-extremistisch gevaar. De VHD-R lieten blijken dat zij van de GGZ wel verwachten dat bijzonderheden over radicalisering gedeeld worden omdat het informatie betreft die voor hun domein heel significant is.

De overeenstemming tussen VHD-R en GGZ-R over centrale positie van de wijkagent keert regelmatig terug, terwijl men ook vindt dat de wijkagent het te druk heeft en te veel taken heeft. Uit deze antwoorden moet volgens ons misschien geconcludeerd worden dat de respondenten pleiten voor het zichtbaar en op korte afstand monitoren en begeleiden van geradicaliseerde personen in plaats van alleen maar bij overlegtafels waar minder directe aansluiting is met de mensen waar zorgen om zijn.

In de themagroep *onderlinge relaties* komen duidelijke verschillen naar voren tussen VHD-R en GGZ-R. De VHD-R vinden dat de GGZ zich te veel onttrekt aan de aanpak van zorgmijders met of zonder radicaliseringsproblematiek en daar vervolgens ook weinig informatie over deelt terwijl dit volgens hen juist de-escalerend zou kunnen werken. Onze indruk is dat de VHD-R vinden dat ze door die houding de problemen op straat te veel alleen moeten oplossen. De VHD-R hebben behoefte aan uitleg

van de GGZ over wat die sector wel en niet doet en kan doen. Het verschil met voorgaande themagroepen is dat hier de praktijk aan bod komt, terwijl het in de themagroepen *radicalisering* en *taken & rollen* om intenties en theoretische aspecten ging. Onze interpretatie is dat de VHD-R zich door de GGZ in de steek gelaten voelen en dit voor een deel toeschrijven aan het schermen door de GGZ met het medisch beroepsgeheim. Omgekeerd lijken de GGZ-R zich in de steek gelaten te voelen als zij melding maken van een onveilige situatie. De resultaten wijzen volgens ons op een urgente behoefte aan uitleg over en weer over elkaars rollen, mogelijkheden en onmogelijkheden.

Dit onbegrip over en weer komt nog duidelijker terug in de themagroep *inhoud & professionaliteit*. Percepties over de mogelijkheden en kennis van het andere domein komen niet overeen met wat professionals van dat andere domein daar zelf over zeggen. Deze percepties zijn hardnekkig omdat zij naar ons idee een functie zouden kunnen hebben en daardoor wellicht deels in stand blijven. Zo kan het bijvoorbeeld voor professionals in het VHD geruststellend zijn om te blijven geloven dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis de veiligheid in de samenleving bevordert. In politiejargon zit een patiënt dan 'binnen', wat verre van de werkelijkheid is, omdat ziekenhuizen behandelen en niet primair opsluiten. Bij die behandeling hoort snelle mobilisatie tijdens de gedwongen opname om te leren verstandig om te gaan met vrijheden buiten de kliniek.

Conclusie

Onze conclusie is dat respondenten uit beide domeinen niet twifelen aan de noodzaak om radicalisering tegen te gaan, maar wel verschillen in opvatting over hun eigen rol daarin en de rol van 'de ander'. De VHD-R willen het liefst zo vroeg mogelijk en zo veel mogelijk informatie verzamelen over een (potentieel) geradicaliseerd persoon en zouden daarbij gebruik willen maken van medische informatie, het medisch beroepsgeheim ten spijt. 'Nood breekt wet', klinkt door in het appél op de GGZ. De GGZ-R daarentegen worstelen naar onze mening met de duiding van wat patiënten zeggen en doen met betrekking tot radicalisering. Zij beseffen dat dreigend en verontrustend taalgebruik van patiënten in de GGZ vaak samenhangt met onderliggende psychische problematiek, en dat dit slechts in een zeer beperkt aantal gevallen tot daden leidt. Het is vooralsnog niet mogelijk (bij gebrek aan betrouwbare risico taxatie instrumenten) om te voorspellen wie wel over gaat tot extremistisch geweld en wie niet. Dit stelt de professionals in de GGZ voor een dilemma aangezien zonder toestemming van de patiënt de zwijgplicht alleen bij een acuut (dreigend) gevaar doorbroken mag worden, als er geen andere mogelijkheid is om, anders dan door het delen van essentiële informatie, het gevaar af te wenden en er sprake is van een gewetensconflict bij de zorgprofessional ten aanzien van samenwerking met het VHD zoals in het geval van (vermoedelijke) radicalisering. Dit verklaart volgens ons een groot deel van de ambivalentie bij de GGZ-R. Enerzijds willen zij samenwerken om de samenleving te vrijwaren van extremistisch geweld, anderzijds willen zij geen informatie delen tenzij dat echt gerechtvaardigd is. Een ander deel van de ambivalente wordt verklaard doordat de focus in de GGZ niet primair gericht is op veiligheid in de samenleving, maar op het psychisch welzijn van patiënten. Dat bepaalt het referentiekader, handelen en denken van professionals en wijkt daarmee af van de focus in het VHD. Omdat de taakopvattingen in beide domeinen naar onze mening voortkomen uit verschillende paradigma's, blijft het botsen in de communicatie. Tenslotte blijkt uit de survey dat het moeilijk is om in het eigen domein een inschatting te maken van het potentiële nut van informatie voor het andere domein, omdat de kennis over dat andere domein tekortschiet.



DEEL 3: DIEPTE- INTERVIEWS

Deel 3: Diepte-interviews

Inleiding

Kwalitatief onderzoek door middel van diepte-interviews is bij uitstek geschikt om overtuigingen, meningen en gedachten van geïnformeerde professionals te exploreren – in dit geval professionals uit het Veiligheidsdomein (VHD) en uit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Daarbij is het doel om percepties tussen de twee domeinen te vergelijken door thema's te identificeren die samenvatten wat er leeft onder professionals in de domeinen ten aanzien van het onderwerp radicalisering al dan niet in combinatie met psychische problematiek. Het gaat dan vooral over percepties over het thema zelf, over de rol en taken die op dit onderwerp betrekking hebben in het eigen domein en het domein van 'de ander'. Tenslotte kan in de diepte-interviews – meer dan in focusgroepen - aandacht worden besteed aan ervaringen van de respondenten met de wijze waarop de twee domeinen samenwerken of zouden moeten samenwerken.

Omwille van de overzichtelijkheid van het verslag worden GGZ-respondenten weer aangeduid als GGZ-R en respondenten uit het veiligheidsdomein als VHD-R.

Methode

Type onderzoek

Dit onderzoek is kwalitatief van aard omdat de percepties van professionals en knelpunten in de huidige aanpak van radicalisering met of zonder psychische problematiek onderzocht wordt in twee domeinen (contextueel onderzoek). Er is gekozen voor een exploratief onderzoeksdesign omdat er weinig bekend is over deze percepties. Er is gekozen voor de methode van thematische analyse, zoals beschreven door Braun en Clarke (Braun and Clarke 2006). Thematische analyse kan worden gebruikt om de ervaringen, perspectieven, gedrag en gewoontes van deelnemers te exploreren, evenals de factoren en sociale processen die bepaalde fenomenen beïnvloeden, de expliciete en impliciete 'regels' die met de praktijk samenhangen en de sociale constructie van betekenis en de representatie van sociale objecten in teksten en context (Braun and Clarke 2013). Thematische analyse is een reflectieve aanpak waarbij thema's opgebouwd worden uit codes. De codes zijn het product van het interview waarbij een fenomenologische en reflectieve benadering wordt gehanteerd. Dit benadrukt dat het ontsluiten van percepties, gevoelens en ervaringen van de deelnemers het hoofddoel is van het interview. Deelnemers worden gestimuleerd om zoveel mogelijk hun eigen woorden te gebruiken als zij over het onderwerp praten, waarbij de onderzoeker zich flexibel opstelt als de deelnemer afwijkt van het hoofdthema. In plaats van een theorie-gestuurde deductieve benadering, is in dit onderzoek gekozen voor een inductieve benadering van de data.

Deelnemers

Voor het rekruteren van deelnemers is gebruikt gemaakt van *purposive sampling*. Dat wil zeggen dat in beide domeinen bewust is gezocht naar professionals waarvan werd verwacht dat die vanwege hun expertise of positie een relevante bijdrage aan het onderzoek zouden kunnen leveren. Er zijn 10 deelnemers uit de GGZ en 9 uit het veiligheidsdomein geïnterviewd, wat resulteerde in 19 transcripties. Van de VHD deelnemers werkten 4 in een van de grote steden, hadden 4 een landelijke taak en wakte één in een Oostelijke provincie. Van de GGZ deelnemers werkten 7 in een van de grote steden, hadden 2 een regio-overstijgende landelijke taak en werkte één in een perifere instelling in een Oostelijke provincie. Samengevat waren er (in tegenstelling tot bij de in deel 2 besproken survey) geen geografische verschillen tussen de deelnemers.

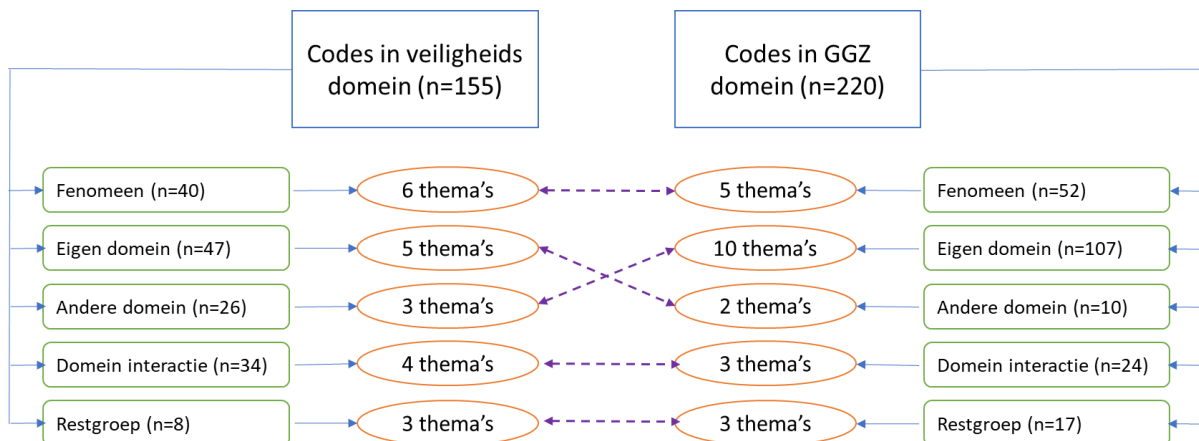
Interview en procedure

Het interview bestond uit drie onderdelen. Het eerste deel was gericht op de persoonlijke ervaringen en op de manier waarop de organisatie (GGZ of VHD) omgaat met radicalisering. In het tweede deel wilden we graag weten of de respondenten, dan wel hun organisatie, plannen hadden voor de aanpassing van procedures met betrekking tot dit onderwerp. In het derde deel wilden we weten hoe de respondenten de samenwerking met het andere domein (VHD of GGZ) in het algemeen ervaren en in het bijzonder als er sprake is van radicaliseringscasuïstiek.

De semigestructureerde interviews werden in persoon of, als het plannen van een fysieke afspraak op grote problemen stuitte, -telefonisch afgenomen. Na uitleg over het onderzoek en het tekenen van het informed consent formulier werd de audio-opname gestart. De vragen volgden een vooraf opgesteld format (zie [bijlage 3](#)). De interviews duurden tussen de 45 en 60 minuten. Vervolgens werden de interviews anoniem getranscribeerd, waarna de opnames werden vernietigd.

Analyse

De transcripties werden ingevoerd in het analyseprogramma MAXQDA® versie 2018.2. De getranscribeerde interviews werden onderzocht op percepties, gevoelens of meningen, die elk een unieke code kregen. Vervolgens zijn de codes per domein verdeeld over vijf inhoudsgroepen, te weten: fenomeen, eigen domein, andere domein, interactie (tussen de twee domeinen) en een restgroep. Per inhoudsgroep is gezocht naar thema's, waaronder wordt verstaan patronen met een gedeelde betekenis, waaraan een centraal concept ten grondslag ligt wat belangrijk is om het onderwerp van de studie beter te begrijpen (zie figuur 3.1). Omdat voor beide domeinen de vijf inhoudsgroepen hetzelfde waren, kon na het toekennen van thema's een kwalitatieve vergelijking worden gemaakt tussen de thema's afkomstig van GGZ-R en VHD-R in iedere inhoudsgroep. De resultaten worden om die reden per inhoudsgroep beschreven.



Figuur 3.1: Weergave van de manier van ordenen van de codes in de transcripties in beide domeinen. De eerste sortering is de verdeling van de codes (blauw) over 5 inhoudsgroepen (groen). Daarna worden binnen de inhoudsgroepen codes geordend in thema's (oranje). In de analyse worden thema's van overeenkomstige inhoudsgroepen vergeleken tussen beide domeinen, behalve voor de inhoudsgroepen 'eigen domein' en 'andere domein'; die worden kruislings vergeleken.

Resultaten

De 19 transcripties zijn geanalyseerd op de aanwezigheid van percepties, gevoelens en meningen door deze te coderen. Het aantal codes per interview liep sterk uiteen van 15 tot 61, met een gemiddelde

van 22. Vanwege het grote aantal codes (in totaal 365) zijn de codes vervolgens verdeeld over vijf inhoudsgroepen. Voor de 10 transcripties uit het GGZ-domein en de 9 transcripties uit het VHD resulteerde dat in de volgende onderverdeling van codes (zie tabel 3.1):

Tabel 3.1: Onderverdeling codes over 5 inhoudsgroepen per domein in aantallen en percentages per domeintotaal			
Verdeling codes	Veiligheidsdomein	GGZ-domein	Totaal
Fenomeen	40 (26%)	52 (25%)	92
Eigen domein	47 (30%)	107 (51%)	154
Andere domein	26 (17%)	10 (5%)	36
Domein interactie	34 (22%)	24 (11%)	58
Restgroep	8 (5%)	17 (8%)	25
Domein totaal	155	210	365

Aansluitend zijn de codes voor elk domein apart, binnen iedere inhoudsgroep geordend in inductieve thema's. Deze inhoudsgroepen en thema's met bijbehorende codes zijn grafisch weergegeven in themakaarten voor beide domeinen (zie [bijlage 4](#)). Die thema's worden hieronder besproken waarbij de domeinen worden vergeleken per inhoudsgroep.

In de volgende paragrafen worden de percepties van de 19 respondenten zo zuiver mogelijk weergegeven. Deze percepties hoeven dus niet overeen te komen met de mening van de onderzoekers. In de discussie en de conclusie worden de percepties van de respondenten door de onderzoekers besproken.

VHD-R en GGZ-R over het fenomeen

In deze inhoudsgroep die primair over het fenomeen radicalisering gaat, komen bij beide domeinen een tweetal vergelijkbare thema's naar voren.

Het thema *oorzaken & motieven* bij VHD-R houdt in dat radicalisering langs verschillende paden bereikt wordt, waarbij opportunisme (status, spanning, aansluiting bij een groep) en beïnvloedbaarheid van kwetsbare jongeren voorop staan. Hetzelfde thema bij GGZ-R bestaat uit soortgelijke elementen, maar meer vanuit een theoretisch sociaalpsychologisch kader beredeneerd (groepsdynamiek, zingevingsproblematiek), dan de praktische observaties van de VHD-R (zoals indruk maken op de familie). Beide domeinen noemen het internet als een medium waarbij de grens tussen fantasie en werkelijkheid vervaagt. Opvallend is dat in beide domeinen psychische problemen worden gezien als risicofactor, maar soms ook als beschermende factor op het pad naar radicalisering, bijvoorbeeld omdat iemand vanuit een depressie moeilijk in beweging komt, of door de psychotische uitspraken geen wapenvergunning krijgt.

Het tweede thema dat in beide domeinen verschijnt gaat over de kenmerken van radicalisering. De VHD-R vinden dat de ideologische component bij de meerderheid heel mager is en onderliggende criminaliteit maskeert. De gevaarlijkste mensen zijn zij die door naïviteit helemaal opgaan in het nieuwe gedachtegoed en daar zonder scrupules naar handelen. Ook hier bestaat dit thema bij GGZ-R niet zozeer uit meningen afkomstig van observaties 'op straat', maar meer uit percepties over de psychische correlaten zoals die blijken in behandelcontacten: radeloosheid, missen van een rolmodel, achterdocht, fixatie op oneerlijkheid en andere

normen en waarden. Ook merken GGZ-R op dat zij zich zorgen maken om de grote groep passieve sympathisanten omdat het onduidelijk is of bij die groep ook sprake is van radicalisering.

Bij VHD-R worden vier thema's geïdentificeerd die niet bij GGZ-R naar voren komen:

Er is een overtuiging bij VHD-R dat de 'terugkeerders' uit Syrië of Irak in de nabije toekomst voor grote problemen zullen zorgen, vooral omdat zij waarschijnlijk getraumatiseerd zullen zijn. Men maakt zich enerzijds zorgen over een gebrek aan adequate hulpverlening en anderzijds over een gebrek aan capaciteit in het VHD.

Een aantal opvattingen van VHD-R komt samen in het thema dat mensen met psychische problematiek en kenmerken van radicalisering in de GGZ behandeld zouden moeten worden, voordat het VHD zich daarmee bemoeit.

Een verwant maar complementair thema is dat de GGZ, maar niet het VHD, een rol heeft in het afwenden van de dreiging vanuit radicalisering als er ook een psychische component is.

Tenslotte komt uit de percepties van VHD-R in deze inhoudsgroep het thema naar voren dat preventie van radicalisering (met of zonder psychische problematiek) effectief is als er bij de eerste signalen actie wordt ondernomen om het pad naar radicalisering om te buigen.

Bij GGZ-R komen drie thema's naar voren die niet bij VHD-R gezien worden:

Er is een thema over de negatieve beïnvloeding van radicalisering door de politisering van het fenomeen en het uitblijven van concrete hulp voor mensen in de wijk bij prominent aanwezige beheersingsmaatregelen.

Het thema 'trends' wijst op de weerstand van geradicaliseerden om naar de psychiatrie te gaan voor hulp en het grote aantal 'radicaliseringsdeskundigen' (zie citaat box 3.1).

Tenslotte vloeit uit de percepties van GGZ-R een thema voort waarin naar voren komt dat het omgaan met radicalisering moeilijk is door de psychiatrische en culturele component tijdens de behandeling. Er wordt benadrukt dat een ideologische overtuiging niet behandeld kan en mag worden in de GGZ, maar dat de grens tussen ideologie en waan soms vaag is.



Box 3.1

“kijk, er lopen hier in Nederland meer radicaliseringsdeskundigen rond dan geradicaliseerden”

GGZ-respondent

VHD-R over het eigen domein en GGZ-R over 'het andere' domein

De codes van VHD-R in de inhoudsgroep 'percepties over het eigen domein', vallen uiteen in vijf thema's. Twee thema's vertonen veel overeenkomst met wat GGZ-R zeggen over het andere domein, dus het VHD, en worden daarom ook hieronder besproken.

Het eerste thema is dat mensen die geradicaliseerd zijn en ook psychiatrische problemen hebben, thuishoren in de GGZ en daar geëvalueerd moeten worden, omdat het gedrag

irrationeel is en het VHD daar niks mee kan. Aan de andere kant merken sommige VHD-R op dat men in het VHD niet goed weet wat GGZ is, mag en kan, en dat er voor duiding beter gebruik zou moeten worden gemaakt van de recherche psychologen binnen de politie. VHD-R merken op dat door veel aandacht te besteden aan de psychische component het radicaliseringsgedeelte vergeten dreigt te worden. Daaraan verwant is het thema dat GGZ-R opmerken, namelijk dat professionals in het VHD alle mensen met raar of verstorend gedrag zo snel mogelijk “op wil sluiten” in de GGZ. Als deze mensen maar uit beeld zijn en niet meer op straat komen. Men realiseert zich dan niet wat de beperkingen van de GGZ zijn om mensen te kunnen en mogen behandelen.

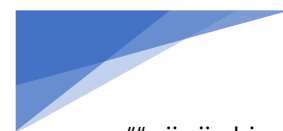
Een tweede thema vanuit VHD-R is dat uitvoerders op straat te veel taken hebben maar te weinig cultureel en psychiatrisch zijn toegerust waardoor radicalisering in combinatie met psychische problematiek niet populair is. Dit komt omdat zij dit moeilijk kunnen duiden en huiverig geworden zijn om beticht te worden van cultureel stigmatiseren. Dit thema raakt aan een thema dat voortkomt uit hoe GGZ-R denken over het VHD, namelijk dat politieoptreden gericht is op veiligheid zonder risico's, wat soms nadelig is voor de psychiatrische patiënt die raar gedrag laat zien. De observaties van de GGZ-R sluiten aan bij het ongemakkelijke gevoel dat VHD-R verwoorden.

Er worden nog drie thema's geïdentificeerd door VHD-R over het eigen domein:

(Vroeg-) signalering van radicalisering door het opmerken van gedragsveranderingen, risico taxatie en aanpak in het belang van veiligheid en openbare orde is duidelijk een VHD-taak en kan escalatie voorkomen.

Een ander thema is dat radicalisering in combinatie met psychische problematiek in een bredere context dan alleen het VHD zou moeten worden geëvalueerd. Dit is een genuanceerde variant van het eerste thema hierboven genoemd, omdat het de nadruk legt op een integrale aanpak door goed opgeleide professionals uit verschillende domeinen.

Een kritisch thema vanuit VHD-R is dat het VHD te veel gericht is op het bewijzen van strafbare feiten en indeling in categorieën, maar te weinig let op de betrouwbaarheid van de broninformatie en de achterliggende psychische en culturele dynamiek (zie citaat box 3.2). Daardoor is volgens hen het VHD meer reactief dan proactief.



Box 3.2

“wij zijn binair denkend bij de politie en veel te reactief”

VHD- respondent

GGZ-R over het eigen domein en VHD-R over 'het andere' domein

De codes van GGZ-R in de inhoudsgroep percepties over het eigen domein, vallen uiteen in 10 thema's. Drie thema's raken aan wat VHD-R zeggen over het andere domein, dus de GGZ.

Reacties van GGZ-R komen samen in het thema dat de GGZ duidelijk moet uitdragen wat wel en niet van de GGZ verwacht kan worden, maar dat zij ook verantwoordelijkheid draagt in vroeg-signalering en risico- en causaliteit-inschatting van radicalisering mits er sprake is van een combinatie met psychische problematiek. Dit sluit aan bij het thema afkomstig van VHD-R die over het andere (GGZ) domein zeggen dat de GGZ medeverantwoordelijk is voor

veiligheid en vroege signalen van radicalisering beter zou moeten leren herkennen en delen na risicotaxatie, en zich niet moet verschuilen achter het beroepsgeheim. De VHD-R leggen in het toebedelen van een rol voor de GGZ minder nadruk op het feit dat er voor die rol sprake moet zijn van behandelbare psychische problematiek zoals de GGZ-R dat doen.

Het tweede thema vanuit GGZ-R is dat radicalisering geen diagnose is maar een overtuiging, wat echter soms moeilijk te onderscheiden is van een waanstoornis. Dit kan verwarrend zijn voor het normale diagnostiek proces. GGZ-R merken op dat er een risico is op een bias binnen de GGZ om uit handelingsverlegenheid ten aanzien van radicalisering, eerder een psychisch probleem te veronderstellen, dan dat dit buiten de context van de GGZ geconcludeerd zou worden. Met andere woorden, het referentiekader van de GGZ-medewerker bestaat voornamelijk uit psychische problematiek en te weinig uit andere problematiek, zoals radicalisering. Een geassocieerd thema dat voortkomt uit opmerkingen van VHD-R is dat het effectief is om mensen waarbij radicalisering en psychische problematiek aan de orde is, altijd te laten beoordelen door de GGZ, om zo te kunnen vaststellen of er een behandelbare stoornis is, zeker als het om 'terugkeerders' gaat.



Box 3.3

“Je moet niet alleen over, maar met iemand praten en zoeken naar het verhaal achter de haat en boosheid”

GGZ-respondent

Een derde thema vanuit de GGZ gaat over geweldsincidenten waarbij sprake is van radicalisering en psychiatrie. Door de berichtgeving over deze incidenten worden psychiatrische patiënten volgens de GGZ-R gestigmatiseerd en voelden GGZ-professionals zich niet gesteund. Zij worden na een incident ter verantwoording geroepen worden door hun werkgever, tuchtrechter en de media. Zij hebben het idee dat hen wordt verweten als een patiënt geweld gebruikt. Volgens hen is agressie soms niet te voorspellen, zeker

niet omdat het ambulante contact dat zij met patiënten onderhouden in feite slechts momentopnames zijn. Dit staat op gespannen voet met een thema afkomstig van VHD-R dat stelt dat de GGZ strakker op de (ambulante) zorg moet zitten en meer oog moet hebben voor de bredere context, omwille van de veiligheid in de samenleving; de GGZ moet volgens de VHD-R dus niet zonder overleg een patiënt op straat zetten.

Een ander thema is dat als de GGZ radicalisering bij patiënten wil onderzoeken, dit moet gebeuren door mét en niet alleen óver betrokkenen te praten. De invloed van context, begripsvermogen en cultuur is bij ieder persoon anders maar kennis daarover is noodzakelijk om te begrijpen dat hun motivatie meestal is om in de ogen van henzelf iets positiefs te doen (zie citaat box 3.3).

GGZ-R geven aan dat de GGZ moet kritisch blijven over haar eigen functioneren ondanks de hoge werkdruk en het stelselmatig overschrijden van eigen (veiligheids-) grenzen door medewerkers.

Enkele GGZ-R merkten op dat zij radicalisering opvatten als een plotseling stadium na een periode met psychose en verslaving bij een zorgwekkende onder-behandelde groep adolescenten die boos is op de samenleving en zich niet gehoord voelt.

Het thema vanuit GGZ-R over behandeling van mensen met radicalisering en psychische problematiek is dat die componenten in samenhang moeten worden gezien waarbij radicalisering niet als 'gek' moet worden gelabeld. GGZ-R geven aan dat de behandelaar heel

betrouwbaar moet zijn in woord en daad om ingang te krijgen voor de acceptatie van nieuwe (geweldloze) normen en waarden.

Een volgend thema stelt dat wegens beperkte kennis van radicalisering in de GGZ, er bij onduidelijke casuïstiek volgens GGZ-R dringend behoefte is aan een snel inzetbaar regionaal expert-team met professionals uit de psychiatrie en andere disciplines voor een goede duiding van de radicaliseringscomponent, procesbegeleiding en advies over het al dan niet schenden van het beroepsgeheim.

GGZ-R stellen dat vanwege het feit dat radicalisering weinig voorkomt in GGZ, de kennis daarover beperkt is, radicalisering niet herkend wordt, of voor het gemak geduid wordt als een religieuze overtuiging, en dus niet in de behandeling hoeft te worden meegenomen. In het algemeen werkt radicalisering verlamdend door angst voor tuchtzaken en gebrek aan bekendheid met instrumenten zoals de experimentele Screener Lone Actor in Mental Health Care (SLAM)⁸. GGZ-medewerkers zouden moeten weten waar zij met een zorgelijk onderbuikgevoel naar toe moeten binnen de organisatie.

Tenslotte komen percepties van GGZ-R samen in het thema dat informatie tussen domeinen gedeeld moet kunnen worden als dat in het belang van de patiënt is en dat het delen moet berusten op vertrouwen en zorgvuldigheid zonder onnodige belemmering van regels. Delen in het belang van de patiënt betekent dus dat gedeelde informatie niet zonder consensus terecht zou mogen komen in een strafrecht dossier.

VHD-R en GGZ-R over interactie tussen de domeinen

In deze inhoudsgroep over samenwerking, komen bij beide domeinen een tweetal vergelijkbare thema's naar voren.

Reacties van VHD-R en GGZ-R komen samen in het thema dat Nederland een goed systeem van zorg- en veiligheidshuizen kent, maar dat er idealiter een zorg- en veiligheidshuis vóóroverleg is van een vierhoek (gemeente, politie, OM en GGZ). Daarnaast is het belangrijk voor dit systeem dat men elkaar sneller opzoekt, ook op de werkvloer. GGZ-R hebben soortgelijke opvattingen, die samengevat kunnen worden in het thema dat het zorg- en veiligheidshuis de juiste structuur biedt om op een verantwoorde manier, al in vroeg stadium te overleggen over radicalisering en psychische problematiek met GGZ en VHD samen onder leiding van de gemeente om tot een gezamenlijk plan van aanpak te komen.

Uit suggesties van VHD-R blijkt dat verbetering van de samenwerking een thema is dat wordt omschreven als het van elkaar leren over de (on-)mogelijkheden van de ander omdat we nu veiligheid en gevaar zien vanuit verschillende perspectieven (zie citaat box 3.4). Door GGZ-R wordt een soortgelijk thema omschreven als de verbetering van samenwerking en vertrouwen door in en na opleidingen bij elkaar over de vloer te komen.



Box 3.4

“We zien gevaar allemaal vanuit verschillende perspectieven”

VHD-respondent

⁸ Ekkers en van de Sande, 2017

Uit reacties van VHD-R komen nog twee thema's naar voren die niet door de GGZ-R worden genoemd:

Er is een thema dat privacy en maatschappelijk belang tegen elkaar afgewogen moeten worden, maar dat regels over informatiedelen dit nu frustreren. Dat moet opgelost worden omdat goed geïnformeerd overleg in het belang is van de betrokkene en de samenleving.

Bij VHD-R leven opvattingen die samengevat kunnen worden in het thema dat er bij casuïstiek waar radicalisering en psychiatrie een rol speelt, geen gescheiden overlegtafels zouden moeten zijn, maar een multidisciplinair overleg waar de deelnemers elkaar kennen en vertrouwen, om creatieve oplossingen te stimuleren zoals een integraal plan van aanpak met een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden.



Box 3.5

“De ggz ziet een patiënt; het OM ziet een gevaar”

GGZ-respondent

De opmerkingen van GGZ-R wijzen tenslotte nog naar een thema dat niet naar voren komt bij VHD-R:

Men geeft aan dat ondanks dat beide domeinen veiligheid willen, er cultuurverschillen zullen blijven bestaan tussen VHD en GGZ die voortvloeien uit primaire taakopvattingen (zie citaat box 3.5). Dat is in het VHD dat handelen direct gericht is op het resultaat veiligheid en in het GGZ-domein het behandelen van patiënten met als afgeleid resultaat het bevorderen van veiligheid.

Restthema's uit de reacties van VHD-R en GGZ-R

In het VHD komen drie thema's naar voren uit codes die niet goed onder te brengen waren in de hiervoor genoemde vier inhoudsgroepen, maar wel relevant zijn voor het onderwerp radicalisering en psychische problematiek.

Opmerkingen van VHD-R vallen samen in het thema dat de moeilijkheid benoemt om de juiste balans te vinden tussen algemene en specialistische kennis en de behoefte aangeeft voor een soepele op- en afschaling van casuïstiek, zoals het toekennen en weer verwijderen van een zogenaamd “CTER-label”.

Samengevat geven verschillende VHD-R aan dat gemeentes uitval van deelname aan de samenleving vroeg zouden moeten signaleren en de daarmee samenhangende risico's zouden moeten taxeren. Dat geldt vooral voor asielzoekers en anderen voor wie de maatschappij veel te complex is geworden.

Tenslotte is een thema dat voortkomt uit opmerkingen van VHD-R dat er meer aandacht moet zijn voor de kwetsbare kant van gedetineerden en dat een goede overdracht naar de gemeente noodzakelijk is voordat detentie afloopt.

In het GGZ-domein komen tenslotte nog drie thema's naar voren die relevant zijn voor het onderwerp van deze studie:

Een GGZ-R merkte op dat Marokkaanse ouders in Nederland er te veel op vertrouwen dat sociale controle buitenshuis het gedrag van zonen kan corrigeren. Zij voeden volgens deze respondent hun zonen te weinig op met normen en waarden over wat goed en slecht is. Ouders voeden hun dochters wel zelf op. Meisjes hebben een ondergeschikte positie, maar

presteren vaak wel beter dan de jongens omdat opleiding en carrière voor hen een mogelijkheid is autonomie te krijgen.

Tenslotte maken GGZ-R-opmerkingen die samen te vatten zijn in het thema dat de gemeente, media en burgers niet goed doorhebben wat de GGZ allemaal doet maar wel de eis stellen dat de GGZ onrust gevend gedrag uit de samenleving wegneemt.

Discussie

In deze diepte-interviews kwam een grote verscheidenheid aan percepties over het thema radicalisering naar voren, maar ook een aantal overeenkomsten. De 19 transcripties resulteerden samen in 365 percepties (codes). Door middel van thema analyses werd het mogelijk om themagroepen te vergelijken tussen de domeinen, zoals hierboven is weergegeven. In [bijlage 4](#) staan een 10-tal grafische kaarten die het onderlinge verband tussen codes, inhoudsgroepen en themagroepen weergeven.

Wat opvalt in tabel 3.1 is dat de verdeling van codes over de 5 inhoudsgroepen laat zien dat de GGZ-respondenten voornamelijk percepties, meningen en opvattingen hebben over het eigen GGZ-domein en een verwaarloosbaar aantal percepties rapporteren over het veiligheidsdomein. Dit zou er volgens ons op kunnen wijzen dat GGZ-R in vergelijking met de VHD-R, bij het bespreken van problematiek over radicalisering minder gericht zijn op andere partners. Het kan echter ook betekenen dat de GGZ-R minder affiniteit hebben met het thema radicalisering en dus ook meer uiting geven van percepties over het eigen domein. De verschillen kunnen volgens ons in ieder geval niet worden toegeschreven aan geografische verschillen tussen deelnemers uit beide domeinen.

Een terugkerend thema dat wij in beide domeinen zagen is de perceptie dat sociale exclusie en belangrijke bijdrage levert aan de motivatie om aansluiting te zoeken bij een radicale groep en dat de ideologische component weinig diepgang lijkt te hebben. Deze praktijkobservaties sluiten aan bij de theorie over *sacred values* in relatie tot sociale exclusie, waarin wordt gesteld dat sociale exclusie bijdraagt aan de bereidheid extremistisch geweld te gebruiken (Pretus et al. 2018). Dit benadrukt de noodzaak voor een multidisciplinaire benadering van deradicaliserings programma's, zoals in de literatuur wordt voorgesteld door onder andere Decety et al. (Decety et al. 2018). Overigens is er in de literatuur ook een relatie tussen sociale exclusie en schizofrenie geopperd (Selten et al. 2017), wat tevens door de deelnemers aan dit onderzoek, net als door andere onderzoekers is genoemd, in relatie tot de hoge prevalentie van psychotische stoornissen bij geradicaliseerde jongeren (Paulussen et al. 2017).

De GGZ-R benadrukten de complexiteit van radicalisering in combinatie met culturele en psychische problematiek voor wat betreft diagnostiek, duiding en behandeling. Zij wezen op het onpersoonlijke en stigmatiserende effect van activiteiten die gericht zijn op het tegengaan van radicalisering. Ook dit wijst er volgens ons op dat de effectiviteit van strategieën om radicalisering (en criminaliteit) tegen te gaan, niet alleen gebaat is bij een multidisciplinaire aanpak, maar voorafgegaan moet worden door een multidisciplinair ontwerp en gevolgd moet worden door een multidisciplinaire evaluatie van de aanpak. Bij VHD-R was de blik volgens ons meer praktisch en vooruit gericht als het ging om radicalisering als fenomeen en werd geanticipeerd op de problematiek die 'terugkeerders' en ex-gedetineerden met zich mee zullen brengen. Daar waar GGZ-R juist de vervlechting van radicalisering en psychische problematiek aangaven, leken sommige VHD-R dit naar ons idee als twee complexe maar aparte componenten te zien, die respectievelijk in het VHD en de GGZ moeten worden

aangepakt. De VHD-R hadden naar ons idee hoge verwachtingen van de GGZ om ‘de psychische component’ te herkennen en die vervolgens ‘te fixen’, terwijl de GGZ-R juist leken te benadrukken hoe ingewikkeld het is om de relatie te begrijpen tussen overtuigingen die afwijken van de mainstream en een psychische stoornis. Wij denken dat dit vraagt om een nadere studie naar hoe de twee – en wellicht meerdere – domeinen synergetisch kunnen interacteren in de detectie, het begrijpen en de aanpak van deze problematiek. Respondenten opperden dat het mogelijk zou moeten zijn om een beroep te doen op mobile expert teams die geconsulteerd kunnen worden voor een specifieke duiding. De resultaten geven volgens ons aan dat samenwerking en duiding nu nog onvoldoende is, wat nadelige gevolgen heeft voor de aanpak van radicalisering, met alle risico’s van dien.

In de vergelijking van percepties van GGZ-R over het eigen domein en VHD-R over het andere domein kwam naar onze mening een duidelijk knelpunt naar voren, namelijk dat GGZ-R het hebben over wanneer zij informatie zouden moeten **kunnen** delen terwijl VHD-R spraken over wanneer de GGZ informatie zou **moeten** delen. Centraal in de perceptie van de VHD-R staat het belang van de veiligheid in de samenleving en de behoefte in het VHD om zoveel mogelijk puzzelstukjes te verzamelen – ook als er een gerede kans is dat die achteraf niet blijken te passen - terwijl de GGZ lijkt te wikken en wegen voordat zij een puzzelstukje uit handen geeft, zonder precies te weten hoe de VHD-puzzel (van bijvoorbeeld radicalisering) eruitziet.

In dat kader is de rol van zorg en veiligheidshuizen (ZVH) interessant. Uit verschillende interviews kwam naar voren dat het ZVH worden gezien als een logische plek om samenwerking te borgen. Er zouden dan volgens de respondenten betere afspraken gemaakt moeten worden over informatiedeling, zodat het ook bij een niet-acuut dreigend gevaar geoorloofd is om een zwijgplicht te doorbreken. Momenteel is er naar ons idee nog te veel variatie in de kwaliteit en effectiviteit van ZVH-en. De verschillende convenanten van ZVH-en zijn niet eenduidig en roepen veel vragen op als het gaat over hoe die zich verhouden tot wetgeving zoals bijvoorbeeld de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Wet Justitiële en strafvorderlijke gegevens (WJSG), de Wet Politiegegevens (WPG) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Ten aanzien van de risico’s van radicalisering voor professionals benadrukten GGZ-R de onmacht van de GGZ-professionals die beroepshalve inschattingen moeten maken en daarbij risico’s moeten nemen omdat agressie nooit goed te voorspellen is en met de beschikbare ambulante zorg alleen tijdens de relatief weinige contactmomenten het actuele beeld van de patiënt beoordeeld kan worden. Voor de buitenwereld is iemand echter ‘in zorg’ wat impliceert dat grensoverschrijdend gedrag door patiënten voorkomen moet kunnen worden. Volgens onze interpretatie van de interviews kunnen ook GGZ-organisaties na een incident meegaan in die illusie en retrospectief de risico’s - die er altijd al waren – plotseling onaanvaardbaar vinden. De betrokken professionals worden dan door de eigen organisatie, de inspectie voor de volksgezondheid en de samenleving ter verantwoording geroepen. Wat volgens GGZ-R veelal mist is een interne procedure om risicovolle (radicaliserings-) casuïstiek intern op te schalen en te duiden. Bij de GGZ-instelling Parnassia bijvoorbeeld, is hier wel aandacht voor en is een instrument in ontwikkeling om handen en voeten te geven aan verontrustende signalen over radicalisering; ‘Screener Lone Actor in Mental Health Care’ (SLAM). VHD-R zeiden dat het onacceptabel was dat de GGZ risico’s neemt door iemand uit de kliniek te ontslaan zonder de politie daarvan op de hoogte te stellen omdat deze kennisgeving door de GGZ in strijd zou zijn met het medisch beroepsgeheim. Het probleem is volgens ons wellicht dat de risico’s pas onacceptabel zijn als retrospectief blijkt dat er een incident heeft plaatsgevonden, terwijl bij alle risico’s die niet tot incidenten leiden, de politie niet geïnformeerd zou willen worden. Die voorspelbaarheid van agressie is volgens ons dus een zwak punt in de praktijk.

Terwijl vroeger psychiatrie werd gecriminaliseerd, lijkt het er volgens sommige deelnemers nu op dat criminaliteit wordt ‘gepsychiatriseerd’. Daarbij wordt vaak voorbijgegaan aan het feit dat mensen met psychische problematiek nog altijd een normbesef hebben en dat een gepaste straf voor de door hen gepleegde delicten niet alleen rechtvaardig is maar zelfs een heilzaam therapeutisch effect kan hebben. Dat criminelen vrijkomen vindt het publiek volgens ons begrijpelijk, maar het liefst zou het publiek zien dat mensen met psychische problematiek voor altijd opgesloten blijven. Zoals Foucault al beschreef in 1961, is hier niets nieuws onder de zon⁹ (Foucault 2001). Deze percepties in de samenleving ten aanzien van criminelen (en terroristen) veroorzaken naar ons idee een defensieve houding van de GGZ.

Radicalisering bij mensen met psychische problemen wordt volgens de GGZ-R te vaak door de buitenwereld gezien als een onderdeel van de psychische problematiek. Verschillende respondenten uit beide domeinen gaven aan dat er te vaak **over** mensen wordt gepraat, maar dat te weinig gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om **met** mensen een probleem te bespreken, zoals hun radicalisering of terugkeer in de samenleving na detentie of verblijf in het strijdgebied. Daarbij is volgens de onderzoekers de manier van bejegening een sleutel voor succes; die moet authentiek en respectvol zijn, zonder het vertrouwen van de ander te beschamen.

Conclusie

Onze conclusie is dat er een kloof bestaat tussen het veiligheidsdomein en het GGZ-domein als het gaat om radicalisering en de percepties van de eigen rol en die van de ander. De kloof strekt zich echter veel breder uit dan alleen over het thema radicalisering. Er is een fundamenteel verschil tussen het primaire doel van het veiligheidsdomein (veiligheid in de samenleving) en het GGZ-domein (zorg voor zieke mensen) en bijbehorende referentiekaders en wetgeving over informatieverstrekking aan derden. Vanuit die verschillende invalshoeken botst het in de samenwerking ten aanzien van personen met (een vermoeden van) radicale gedachten en (een vermoeden van) psychische problematiek. Het nut van de samenwerking wordt gewogen tegen het eigen referentiekader, wat ook dient als maatstaf voor het handelen en gedrag van de professional uit het andere domein. Zorg- en veiligheidshuizen kunnen die kloof volgens ons voor een deel overbruggen door gezamenlijke convenanten te gebruiken en elkaar als mens te leren kennen. Toch blijven deze belangrijke verschillen tussen de domeinen voor frustratie zorgen in alle lagen van de hiërarchie. Om die kloof te versmallen zal er aandacht moeten zijn voor de verdere ontwikkeling van zorg- en veiligheidshuizen, het instellen van mobiele expert teams, en zullen mogelijkheden gecreëerd moeten worden om kennis en ervaring te versterken door samen te leren en samen te werken. Daarnaast moet er volgens ons aandacht zijn voor de (onbedoeld) belemmerende rol van privacywetgeving in de preventieve fase van radicalisering en extremistisch geweld.

⁹ “It is important, perhaps decisive for the place madness was to occupy in modern culture, that *homo medicus* was not called into the world of confinement as an *arbiter*, to divide what was crime from what was madness, what was evil from what was illness, but rather as a *guardian*, to protect others from the vague danger that exuded through the walls of confinement.” (Foucault, *Madness and Civilization*, p195)



DEEL 4: ONDERZOEK BIJ OPLEIDINGEN

Deel 4: Onderzoek bij opleidingen

Inleiding

Uit de eerste analyses van de kwalitatieve interviews en de focusgroepen die tussen februari en juni 2019 in het kader van de PERCEPT-studie gehouden zijn, werd de suggestie gewekt dat de percepties bij professionals, zoals die onderzocht zijn, voor een deel gevormd worden tijdens opleidingen. De eigen ervaringen die professionals in het VHD en de GGZ in de loop van hun carrières opdoen, interacteren met die initiële basis assumpties en kunnen die percepties versterken of afzwakken. Bovendien blijkt dat contact tussen leden van verschillende groepen tot een sterkere verbetering van de relatie leidt als dit contact op jonge leeftijd plaatsvindt, vooral in de adolescentie (Wölfer et al. 2016). Het is dus in het kader van dit onderzoek relevant om te onderzoeken welke assumpties over radicalisering en/of psychopathologie worden aangeboden in de opleiding van professionals. Daarnaast wordt beeldvorming over de rollen en het functioneren van de GGZ en het veiligheidsdomein vanzelfsprekend sterk beïnvloed door andere factoren, zoals de media, werkervaring en collega's.

Binnen de kaders van dit onderzoek was het slechts mogelijk om hier een eerste verkenning naar te doen. De resultaten kunnen inspiratie geven voor verder onderzoek, maar zijn wegens de beperkte groepsgrootte niet representatief voor alle opleidingen in beide domeinen.

De onderzoeksvragen voor dit deel van het onderzoek zijn:

1. In hoeverre is er in de curricula van opleidingen ruimte voor de onderwerpen radicalisering en/of psychische problematiek?
2. Welke percepties hebben opleiders van professionals in het VHD en de GGZ over de wenselijkheid, noodzaak, het nut en de haalbaarheid van aandacht in de opleiding voor (de combinatie van) radicalisering en psychopathologie.
3. Is er een zelf-gerapporteerde discrepantie tussen de opvatting van opleiders zelf over dit onderwerp en de inhoud van de opleiding?
4. Worden professional voldoende toegerust voor de praktijk om personen met psychische problematiek en een affiniteit voor radicalisering, extremisme en terrorisme?
5. Welke suggesties hebben opleiders over de samenwerking tussen disciplines rondom thematiek van radicalisering en psychische problematiek?

Methode

Dit deelonderzoek is kwalitatief van aard omdat de behoeftes, eventuele problemen en verbeterpunten van de huidige opleidingen onderzocht worden (contextueel onderzoek). Er is gekozen voor een exploratief onderzoeksdesign omdat er weinig bekend is over dit onderwerp.

De participanten (opleiders) werden geselecteerd door *deskresearch & snowball sampling*. Het betreft het identificeren en analyseren van relevante opleidingsinstututen, waarbij door deskresearch een eerste selectie gemaakt werd. De deelnemers voor de semigestructureerde interviews zijn opleiders verbonden aan opleidingen in het VHD en de GGZ. De steekproef is te klein om representatief te zijn voor alle opleidingen binnen het VHD en GGZ in Nederland. De resultaten kunnen echter wel een

indicatie geven van mogelijke trends en daarmee een belangrijke richting aangeven aan toekomstig onderzoek

De deelnemers zijn benaderd door de hoofdonderzoeker (BS). In een eerste kennismaking werd het doel van dit deelproject van de studie uitgelegd en toestemming gevraagd om een interview af te nemen. Nadat deelnemers hadden ingestemd werd een datum en tijd voor het interview afgesproken.

Voor dit onderzoek is een semigestructureerd interview afgenomen (zie [bijlage 5](#)). Bij het interview is een interviewschema gebruikt dat is opgesteld aan de hand van deskresearch, literatuurstudie en de resultaten van de focusgroepen die in maart 2019 zijn georganiseerd zijn voor professionals uit het VHD en de GGZ. Er werd eerst gevraagd naar de huidige inrichting van de opleiding en in tweede instantie naar de percepties van de opleider over het nut, noodzaak en haalbaarheid van het includeren van het thema in de opleiding. Tenslotte werd geïnformeerd naar ideeën over verbeterpunten.

Resultaten


Er zijn 5 opleiders in het GGZ-domein (GGZ-O) en 5 opleiders in het veiligheidsdomein (VHD-O) geïnterviewd. De interviews zijn tussen februari en april 2020 deels face-to-face en deels telefonisch afgenomen als gevolg van de corona-maatregelen. Vanwege het kleine aantal respondenten is gebruik gemaakt van niet-parametrische toetsing. De kenmerken van de opleiders die hebben deelgenomen verschillen alleen voor wat betreft het aantal jaar ervaring als opleider (zie tabel 4.1). In het veiligheidsdomein richtte twee van de vijf opleiders zich op post-HBO/WO studenten, terwijl dat in het ggz-domein vier van de vijf betrof.

Tabel 4.1: kenmerken geïnterviewde opleiders in GGZ- en veiligheidsdomein			
	VHD-O (n=5)	GGZ-O (n=5)	Mann-Whitney test
Leeftijd (gemiddelde, SD)	48.6 (16.41)	56.0 (8.57)	U=9.0, p=.465
Geslacht (vrouw)	20%	40%	U=10.0, p=.513
Jaar ervaring (gemiddelde, SD)	3.8 (2.38)	12.6 (8.17)	U=2.5, p=.036

Radicalisering en/of psychische problematiek in curricula

De VHD-O gaven aan dat het onderwerp radicalisering in de algemene (basis) opleidingen niet of beperkt aan bod komt, maar vanzelfsprekend wel in de specialistische opleidingen gericht op contraterrorisme, extremisme en radicalisering (CTER). Het onderwerp psychische problematiek kwam volgens de geïnterviewde VHD-O alleen zijdelings ter sprake in sommige opleidingen, maar minder in de specialistische CTER-curricula dan in de basisopleidingen. In de specialistische CTER-curricula is volgens de VHD-O meer ruimte dan in de basisopleiding om stil te staan bij de nuances tussen activisme en radicalisering en de modellen die het pad naar radicalisering, extremisme en terrorisme beschrijven. De basisopleidingen daarentegen zijn meer gericht op het samenwerken

Box 4.1

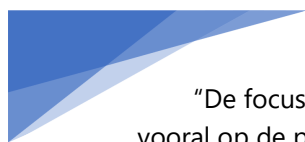


“De laatste jaren komen er steeds meer dingen bij voor de politiemans of politievrouw. In de basisopleiding wordt het curriculum steeds voller. Het wordt ook steeds complexer. Je vraagt je af of dat allemaal wel moet en of je niet beter met elkaar in gezamenlijkheid moet gaan kijken naar problematiek”.

VHD-opleider

met andere disciplines in het publieke domein. Studenten maken in die opleidingen kennis met het werk van bijvoorbeeld Veilig Thuis en de gemeente, waarmee zij in de praktijk veel mee zullen gaan optrekken. VHD-O gaven aan dat het belangrijk is om studenten in de basisopleiding te leren om deskundigheid ook elders op te halen in plaats van alles zelf te willen weten, omdat zij steeds meer overvraagd dreigen te worden door de grote hoeveelheid onderwerpen (zie citaat box 4.1).

De GGZ-O noemden dat er vanzelfsprekend aandacht wordt besteed aan psychische problematiek, waarbij de meer specialistische opleidingen (psychiaters, klinisch- en GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten) meer op psychopathologie, behandeling en soms management gericht



Box 4.2

“De focus is namelijk vooral op de persoonlijke gezondheid en niet zozeer op wat er om deze persoon heen gebeurt”.

GGZ- opleider

zijn, dan de meer maatschappelijk georiënteerde opleidingen voor bijvoorbeeld sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Alle GGZ-O gaven aan dat radicalisering niet voorkomt in de curricula waar zij bij betrokken zijn. Alhoewel de besproken curricula erg vol zitten, zouden er wel mogelijkheden zijn om dit onderwerp tot op zekere hoogte te bespreken in de verschillende keuzeonderdelen, als die wens naar voren zou komen vanuit de studenten- of opleidersgroep. Die wens was, voor zover de GGZ-O wisten, nooit geuit. Samenwerking met andere disciplines was volgens GGZ-O een kernthema in de opleidingen die gericht zijn op het werk van GGZ-professionals in het

maatschappelijk veld, met name die voor (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen. De structuur van die opleiding is daar ook op afgestemd. Regelmatig wordt de zorgvraag in gemeentes en regio's gepeild en periodiek overleg gevoerd met andere stakeholders in het maatschappelijk veld, om de opleidingen daarop af te stemmen. Het contrast met besproken specialistische opleiding bleek groot te zijn. In die specialistische opleidingen wordt vooral veel aandacht besteed aan de behandelbare stoornis en is daarmee voornamelijk gericht op het individu (zie citaat box 4.2). Een GGZ-O noemde een mogelijk nadeel van het opnemen van het onderwerp 'radicalisering in combinatie met psychische problematiek' in het curriculum, namelijk dat men er dan in de praktijk ook naar op zoek gaat, wat zou kunnen leiden tot veel vals-positieven. Een betere benadering is om professionals sensitief te maken voor een niet-pluis gevoel.

Percepties over radicalisering en/of psychische problematiek en opleidingen

De geïnterviewde VHD-O vonden het belangrijk dat opleidingen voldoende over de verschillende vormen van radicalisering aan studenten meegeven zodat zij later in de praktijk de signalen goed kunnen herkennen. Terwijl de VHD-O erkenden dat combinaties van radicalisering en psychische problematiek samen kunnen gaan, was de algemene perceptie dat het onderwerp psychische problematiek geen prioriteit heeft in de VHD-opleidingen.

Dat het onderwerp psychische problematiek in GGZ-opleidingen aan bod komt was voor de GGZ-O evident, maar men aarzelde over de noodzaak om in die opleidingen specifiek aandacht te besteden aan radicalisering. Er was wel draagvlak voor het



Box 4.3

“Er wordt bijvoorbeeld over de boeren gezegd dat zij radicaliseren. Dit is een framing terwijl er niet goed gekeken wordt naar wat er nu echt aan de hand is en welk verhaal er achter de boosheid zit. Dat kan bijvoorbeeld angst voor de toekomst van het bedrijf zijn”.

beter onder de aandacht brengen van de bredere problematiek over verwarde, kwetsbare en beïnvloedbare personen in relatie tot veiligheid in de samenleving en de rol die de GGZ daarin heeft. Sommige GGZ-O gaven aan juist wel aandacht te willen besteden aan radicalisering om te benadrukken dat achter een geradicaliseerde persoon iemand schuil kan gaan die psychisch klem is komen te zitten (zie citaat box 4.3).

Opleiders in het VHD waren positief over de mogelijkheden studenten bewust te maken van maatschappelijke problematiek, waarbij ze benadrukten dat kennisoverdracht een lerend proces is dat afgestemd moet zijn op de actualiteit in het werkveld. Sommige VHD-O pleitten voor de meester-gezel structuur in de opleiding, omdat dit voor ingewikkelde zaken zoals radicalisering met psychische problematiek een doeltreffende manier is om kennis en ervaring op te doen. Sommige GGZ-O waren kritisch over de bereidheid van de studenten in specialistische opleidingen om niet alleen de aandacht op de individuele patiënt te richten, maar ook oog te hebben voor de bredere maatschappelijke



Box 4.4

“Ook onderwijs en maatschappelijk werk moet sensitief zijn voor signalen.”

VHD-opleider

context waarin de psychische problematiek zich afspeelt. Zij vonden die brede visie echter wel nodig omdat ze zien dat de rollen zijn veranderd en dat de samenleving van GGZ-professionals verwacht dat zij ‘uit hun spreekkamer komen’ en deelnemen aan het maatschappelijk debat.

De percepties die opleiders hadden ten aanzien van het onderwerp radicalisering met of zonder psychische problematiek in zijn algemeenheid (dus buiten de opleiding)

verschilden op een aantal punten. De VHD-O benadrukten vooral de noodzaak van het vroeg kunnen signaleren van radicalisering door meer partijen dan alleen de politie (zie citaat box 4.4). De GGZ-O gaven aan dat het nodig is om de relatie tussen sterke overtuigingen (zoals radicalisering) en psychische problematiek (zoals wanen) te onderzoeken omdat niet iedere overtuiging – hoe vreemd ook – als waan gekwalificeerd kan worden. Sommige GGZ-O hadden het idee dat professionals in de GGZ zich onvoldoende geroepen voelen om afwegingen te maken als zij geconfronteerd worden met radicalisering in de behandeling. Andere GGZ-O gaven aan dat studenten die zich voorbereiden op een maatschappelijke rol, juist wel open staan voor overleg met andere sectoren en dat dit ook de rode draad is binnen deze opleidingen.

Toerusting van aanstaande professionals

Over het algemeen waren opleiders van mening dat de opleidingen mensen onvoldoende specifiek toerusten op het omgaan met de combinatie van radicalisering met psychische problematiek, maar wel veel aandacht besteden aan het ontwikkelen van antennes om problemen te signaleren. Enkele VHD-O gaven aan dat de meer senioren functies goed met deze en andere complexe problematiek kunnen omgaan door de rijke ervaring die ze in de loop van de jaren hebben opgebouwd. Een knelpunt dat vaak genoemd werd, was dat de curricula erg vol zitten en er nauwelijks ruimte is voor nieuwe (relevante) onderwerpen, zeker niet als die in verhouding met andere onderwerpen in de praktijk niet zo vaak voorkomen. De GGZ-O



Box 4.5

“Tot voor kort waren psychiaters slecht voorbereid op het omgaan met dit soort problematiek in het maatschappelijk domein. Daarom is het opleidingsplan veranderd. Je kunt professionaliteit niet alleen maar ophangen aan de expert rol.”

GGZ-opleider

gaven aan dat studenten volgens hen onvoldoende toegerust zijn voor het omgaan met radicalisering in combinatie met psychische problematiek. De meer specialistische opleidingen zijn überhaupt onvoldoende in staat om studenten toe te rusten op de maatschappelijke rol. Dit is wel een erkend probleem wat bij de opleiding tot psychiater al heeft geleid tot een aanpassing van het curriculum (zie citaat box 4.5).

Percepties over opleidingen, samenwerken en informatiedelen

De VHD-O benadrukten dat opleidingen goed moeten aansluiten bij de praktijk, die in de tijd maar ook regionaal kan verschillen. Zo brengt het fenomeen ‘terugkeerders uit het strijdgebied’ nieuwe problematiek met zich mee waar opleiders rekening mee moeten houden. Dit vereist dat zij een ‘open mind’ attitude hebben en flexibiliteit in het curriculum inbouwen zodat de opleidingen bijdragen aan een lerende organisatie waar het opdoen van kennis een organisch proces is. Een VHD-O noemde dat het belangrijk is om het individu in de casus te kunnen zien vanuit een sociologisch, cultureel en gedragsmatig perspectief. Een andere VHD-O waarschuwde voor het overvragen van medewerkers met opleidingseisen die te hoog gegrepen zijn, bijvoorbeeld de verwachting om de psychische stabiliteit in te kunnen schatten van iemand die een wapenvergunning wil aanvragen.

Terwijl de GGZ-O voor specialistische opleidingen vonden dat hun doelgroep in de opleiding beter voorbereid moest worden op de maatschappelijke rol, was dit volgens de GGZ-O die (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen opleiden juist wel goed geborgd omdat samenwerking de rode draad is door de hele opleiding. Sommige GGZ-O gaven aan dat de medische vooropleiding veel



Box 4.6

“De beroepsgroep moet leren dat zij deel uitmaken van een groter geheel in de samenleving. Zij moeten leren door de bril van anderen te kijken.”

GGZ- opleider

te veel gericht is op het medische model waarbij het soms lijkt alsof een maatschappelijk betrokken eerstejaarsstudent geneeskunde in het beloop van de studie verleert en vergeet dat de patiënt deel uitmaakt van een groter geheel. Die trend zet zich dan helaas voort in de opleiding voor psychiater (zie citaat box 4.6). GGZ-O vonden dat de professionals die zij opleiden in staat moeten zijn om stigmatisering van psychiatrische patiënten in de samenleving actief tegen te gaan, ook met betrekking tot de juiste beeldvorming over radicalisering.

Ten aanzien van het delen van informatie tussen sectoren werd benadrukt dat kennis hierover beperkt is in alle opleidingen, maar dat is sommige VHD-sectoren wel veel cursussen worden aangeboden gericht op samenwerking. GGZ-O merkten op dat volgens hen het beroepsgeheim bij sommige beroepsgroepen (psychotherapeut, psycholoog en psychiater) een onaantastbare status heeft en dat men onvoldoende op de hoogte is van de mogelijkheden om gemotiveerd de zwijgplicht te doorbreken. Ten aanzien van samenwerken en informatiedelen tussen maatschappelijke partners noemden VHD-O voor de post-academische opleidingen dat dit vooral volgens de officiële weg gebeurt, om te kans dat gedeelde informatie door andere partijen voor oneigenlijke doeleinden gebruikt wordt te beperken (zie citaat box 4.7). De VHD-O voor de basisopleidingen benoemden juist het nut van informele kanalen om samen te werken en informatie te delen.

De GGZ-O voor de specialistische opleidingen gaven aan dat zij zich soms zorgen te maken over de bereidheid van aanstaande psychiaters en psychologen om samen te werken met anderen en zich niet alleen te



Box 4.7

“Als je informatie prijsgeeft dan ben je het kwijt.”

VHD- opleider

richten op het individu. Opleiders proberen daarom het belang van netwerken onder de aandacht te brengen.

Verbeterpunten

Meerdere opleiders gaven aan dat het goed zou zijn als professionals in verschillende sectoren al in de opleiding leren wat ze aan elkaar kunnen hebben, dus wat ieders mogelijkheden en onmogelijkheden zijn. Daarnaast benadrukten de VHD-O dat kennis over signalen van radicalisering breder uitgeleerd moet worden, ook in andere sectoren. Verschillende opleiders noemden ook de nuttige rol van het zorg- en veiligheidshuis en gaven aan dat er onderzocht zou moeten worden hoe die ook in een preventieve fase slagvaardiger kunnen zijn. Er werden ideeën geopperd om opleidingen (deels) multidisciplinair in te richten, niet alleen met docenten, maar ook met studenten (zie citaat box 4.8).



Box 4.8

“Het zou mooi zijn als je binnen het kader van zorg- en veiligheidshuizen partners kunt aanbieden samen opgeleid te worden over rollen en taken.”

VHD-opleider

Opleider noemden verschillende keren dat kennis over elkaars domein op alle niveaus in de organisatie belangrijk is; op straat, in teams, maar ook in de management- en beleidslagen.

Tenslotte kwam naar voren dat het niet mogelijk is om iedereen die een signaalfunctie kan hebben ook op te leiden tot duidingsexpert. Om die reden zou specialistische kennis over specifieke thema's – zoals radicalisering - beschikbaar moeten zijn voor teams om die duiding snel en op een verantwoorde manier te laten plaatsvinden.

Discussie

Het doel van dit deel van het onderzoek was om na te gaan welke percepties er bij opleiders zijn ten aanzien van het onderwerp radicalisering met of zonder psychische problematiek.

Er bleek ambivalentie te zijn over de noodzaak om dit thema in de curricula op te nemen om verschillende redenen. Opleiders in het veiligheidsdomein vonden het weliswaar belangrijk om studenten in ieder geval enige basiskennis mee te geven om signalen van radicalisering te herkennen, maar twijfelden of dit ook gold ten aanzien van psychische problematiek. In het GGZ-domein was dit juist omgekeerd. Desondanks erkenden alle opleiders wel dat het thema een maatschappelijk probleem is, waar hun studenten nu onvoldoende voor zijn toegerust. Men benoemde dat de curricula erg vol zitten en dat professionals ook beschermd moeten worden zodat zij niet overspoeld raken door het kennisaanbod. Tegelijkertijd blijft volgens ons daardoor een kenniskloof tussen de domeinen bestaan, waar de opleiders zich ook zorgen om leken te maken, omdat de problematiek waar hun studenten later in de praktijk mee te maken krijgen zich wel uitstrekt over beide domeinen. Vrijwel alle opleiders gaven aan dat het wenselijk is dat professionals leren wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn van andere partners in het maatschappelijk domein, omdat zij ook beseffen dat men tegenwoordig niet meer om het samenwerken met andere sectoren heen kan.

Alhoewel het aantal geïnterviewde opleiders beperkt was, lijken de resultaten in beide domeinen te wijzen op een verschil in focus op samenwerking tussen specialistische (postacademische) opleidingen en opleidingen die voorbereiden op praktisch werk in 'de wijk'. Daar waar bij de eerste categorie het kennisparadigma over individuele casuïstiek aan de orde is, lijkt bij de tweede categorie het

samenwerkingsparadigma op de voorgrond te staan. Hoewel theoretisch het een het ander niet uitsluit, leek dat in de praktijk wel vaak zo te zijn. Dit is naar ons idee een interessante bevinding, die nader onderzocht zou moeten worden op validiteit. Als het inderdaad een verschil is dat gegeneraliseerd kan worden, dan duidt dat op een mogelijk ernstig communicatieprobleem niet alleen tussen de domeinen op beleids- en bestuursniveau, maar ook binnen de domeinen tussen generalisten en specialisten, of tussen praktijk en beleid.

Er werden innovatieve suggesties gedaan om kennis en ervaring uit de verschillende domeinen te bundelen rondom casuïstiek in het algemeen, en rondom radicaliseringsproblematiek in het bijzonder. Daar waar het in de eerste plaats nodig is om te weten wat men van elkaar mag verwachten, is het in de tweede plaats nodig om tijdig en zorgvuldig elkaar te informeren om tenslotte tot een gecoördineerd plan te komen. De consensus was om dit te doen via verdere professionalisering van de zorg- en veiligheidshuizen. Interessant was de suggestie om de opleidingen te koppelen aan het zorg- en veiligheidshuisconcept, zodat studenten al vroeg leren samen te werken.

Opleiders erkenden dat de beperking in capaciteit binnen de curricula ertoe kan leiden dat studenten later in de praktijk tegen situaties aanlopen waar zij kennis missen, of zelfs niet weten dat zij kennis missen. Verschillende opleiders benadrukten dat het om die reden belangrijk is dat studenten in termen van netwerken gaan denken en leren om een beroep te doen op een andere discipline, als zij merken dat zij tegen de grenzen van hun kennis en ervaring oplopen.

Conclusie

Kennis over radicalisering, zeker in combinatie met psychische problematiek, maakt geen deel uit van de opleidingen die aan bod kwamen in dit verkennende onderzoek. Desondanks bleken de opleiders vurig voorstander te zijn van intersectorale samenwerking om deze problematiek toch adequaat het hoofd te bieden. Zij zagen voor het voorbereiden van die samenwerking een rol weggelegd voor de opleidingen. Dit zou niet alleen de aanpak van radicalisering ten goede komen, maar het veel bredere doel dienen van goede samenwerking tussen verschillende sectoren in het maatschappelijk veld. Belangrijke was daarbij de rol die opleiders toeschreven aan de zorg- en veiligheidshuizen.



INTEGRALE DISCUSSIE, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Integrale discussie

Het PERCEPT-onderzoek is uitgevoerd om de vraag te beantwoorden: “Welke percepties zijn er bij professionals in het VHD en de GGZ ten aanzien van het onderwerp radicalisering, al dan niet in combinatie met psychische problematiek, hun eigen taak of rol daarin en die van de professionals in het ‘andere domein’, en ook ten aanzien van samenwerking tussen de domeinen op dit onderwerp, nu en in de toekomst?” Het is belangrijk om voor ogen te houden dat de percepties van professionals, zoals die in dit onderzoek zijn geïnventariseerd, in zekere mate resoneren met de theorie uit de literatuur zoals die in de inleiding is besproken. Er moet dus gewaakt worden voor cirkelredeneringen zoals “de gevonden percepties sluiten aan bij de theorie, dus is het zo”. Desondanks komen uit dit onderzoek ook voldoende originele ideeën, gevoelens en overtuigingen naar voren die niet eerder in de literatuur zijn beschreven.

De resultaten van dit PERCEPT-onderzoek laten zien dat die samenwerking tussen de GGZ en het VHD niet optimaal is en wijzen naar mogelijke oorzaken die voortkomen uit verschillende percepties. Vanzelfsprekend zijn er rondom radicalisering meer domeinen betrokken dan alleen het VHD en de GGZ, maar is omwille van de uitvoerbaarheid deze beperking aangebracht.

Koudwatervrees

Deze onderzoeksvraag is relevant, omdat er in de literatuur nauwelijks over percepties ten aanzien van dit thema gepubliceerd is, terwijl de indruk bestaat dat er in de praktijk sprake is van verschillen in cultuur, kennis en ervaring tussen beide domeinen die de aanpak van radicalisering belemmeren, zeker als er ook sprake is van psychische problematiek. Terwijl er in de spaarzame literatuur wordt gepleit voor een multidisciplinaire benadering van radicalisering (Aggarwal 2009), gaven GGZ- professionals aan dat er een terughoudendheid bestaat in de GGZ om het onderwerp radicalisering te exploreren als het in de spreekkamer ter sprake komt (Paulussen et al. 2017). Dat is zorgelijk omdat psychische problematiek en radicalisering in de praktijk wel voorkomt (dus ook in de GGZ), maar dat de samenhang allesbehalve duidelijk is (Corner and Gill 2015; Schulten et al. 2019; Bovenkerk 2010; Doosje et al. 2016; Weenink 2015; Bhui et al. 2016; Dom et al. 2018; Misiak et al. 2019). Er is dus een risico dat vroege signalen in de GGZ verloren gaan door angst voor het onbekende bij de GGZ professionals. Het wordt uit eerder onderzoek duidelijk dat de preventie van radicalisering, extremistisch geweld en terrorisme scharniert om de integratie van vroege signalen uit meerdere sectoren. Een goede samenwerking tussen domeinen is daarbij dan natuurlijk essentieel maar kan belemmerd worden door onbekendheid met elkaars mogelijkheden en beperkingen.

Fundamentele domeinverschillen

In het eerste deel van het onderzoek is de onderzoeksvraag verkend met focusgroepen. Wij vonden het opvallend dat in zowel de GGZ- als de VHD-focusgroep het verzoek werd gedaan om een derde, gecombineerde focusgroep te organiseren. Dit geeft aan dat er professionals in beide domeinen zich niet alleen bewust zijn van verschillen, maar ook actief op zoek willen gaan naar oplossingen om de kloof te overbruggen.

Wat in de verschillende focusgroepen duidelijk werd, was dat kennis over en bekendheid met elkaars werkveld tekortschiet. Hierdoor bestaan er valse verwachtingen over de taken, rollen en (on-) mogelijkheden van collega's in het andere domein. Ook kwam naar voren dat de verschillen hoegenaamd niet alleen bestaan ten aanzien van radicalisering - al dan niet in combinatie met psychische problematiek - maar veel algemener zijn. De verschillende opvattingen over taken en rollen met betrekking tot radicalisering berusten volgens ons niet alleen op een gebrek aan kennis, maar

berusten op een fundamenteel verschil in de aard van beide domeinen. Men zou over dat verschil als volgt kunnen speculeren. In de GGZ prevaleert een hulpverleningsmodel, waar alles aan ondergeschikt is. De vertrouwensrelatie tussen de hulpverlener en de patiënt (cliënt) staat centraal en zo is dat ook wettelijk verankerd. De focus ligt op het individu die lijdt onder interne of externe invloeden en de activiteiten zijn gericht op het verlichten van dat lijden. In het VHD daarentegen, staat een beschermingsmodel centraal, met als primaire focus de veiligheid in de democratische samenleving. Alhoewel de samenleving uit individuele personen bestaat, verwijst het referentiekader naar de collectiviteit, in tegenstelling tot de GGZ. De premisse is nu dat professionals uit de GGZ impliciet vanuit een ander referentiekader naar problematiek kijken dan professionals uit het VHD. Niet alleen problemen, maar ook woorden en concepten worden vanuit die verschillende referentiekaders verstaan, zoals 'veiligheid' en 'schuld'. Juist omdat die referentiekaders niet worden geëxpliciteerd, ontstaat over en weer al vrij snel irritatie, waarbij zogenaamde fundamentele attributiefouten worden gemaakt. Dat wil zeggen dat de spanning in de communicatie wordt toegeschreven aan de *mindset* van de ander: onwil, onbegrip, starheid, gebrek aan lef etc. Wij constateren dat dergelijke negatieve assumpties over de motivatie en inzet van de ander, hardnekkig en breed gedeeld worden in beide domeinen en als zodanig de samenwerking initiatieven voor verbetering van die samenwerking behoorlijk kunnen verstoren.

Negatieve perceptie van 'de ander'

Dit bleek met name uit de survey waar respondenten uit het VHD zich in de steek gelaten voelden door de GGZ en van mening waren dat het medisch beroepsgeheim wordt gebruikt als excuus om geen informatie te delen. Dat gevoel in de steek gelaten te worden door de ander kwam ook bij respondenten uit de GGZ naar voren; zij vonden dat ze te weinig respons kregen als zij melding maakten bij de politie en het OM van een onveilige situatie. Wat de achtergrond is van die sentimenten is niet met zekerheid te zeggen, maar uit de data lijkt het plausibel om aan te nemen dat dit te maken heeft met gebrekkige terugkoppeling over een weer. Een voorbeeld uit de praktijk van voor 2020, is de irritatie die bij de politie kan ontstaan als de crisisdienst na een beoordeling op het politiebureau van een 'verward persoon' tot de conclusie komt dat er geen (wettelijke) gronden zijn om iemand gedwongen op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis¹⁰, terwijl iemand wel degelijk verontrustend gedrag vertoont (zoals langs het spoor lopen met suïcidale gedachten), maar niet de tijd neemt om die conclusie uit te leggen aan de politie. Die irritatie wordt dan alleen maar groter als die persoon een paar uur later weer door de politie van het spoor moet worden gehaald of, erger nog, voor de trein springt. Omgekeerd vinden GGZ-professionals het onbegrijpelijk dat een patiënt, die door de politie is meegenomen naar het bureau, omdat die bedreigd heeft een verpleegkundige te steken met een breinaald, na een paar uur weer naar de afdeling terugkeert met als enige mededeling dat het OM niet gaat vervolgen omdat 'het psychiatrie is'. Dit zijn twee voorbeelden van haperende communicatie waarbij geen rekening wordt gehouden met onbekendheid bij de ene professional over de procedures en (on)mogelijkheden van de andere professional.

De survey wees verder uit dat behalve wederzijds negatieve percepties over inzet en bereidwilligheid van de ander, er valse cognities bestonden over het doel en de werkwijze van de domeinen. Zo heerst in het veiligheidsdomein nog steeds de gedachte dat een patiënt die op een gesloten afdeling is opgenomen 'binnen zit'; waaronder men verstaat dat die persoon niet meer buiten het ziekenhuis komt. Echter, de geslotenheid van een afdeling heeft een behandeldoel en is dus niet primair bedoeld

¹⁰ Tot januari 2020 gold de wet bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), waar een crisisbeoordeling ging over het wel of niet gedwongen kunnen *opnemen*. Nu is de wet verplichte GGZ (WvGGZ) van toepassing waar de crisisbeoordeling gaat over het al dan niet kunnen opleggen van gedwongen *zorg*, wat zowel een opname als ambulante zorg kan betekenen.

voor vrijheidsbeneming. De behandeling is gericht op herstel en daarbij hoort dat iemand op een verantwoorde manier leert omgaan met vrijheden door dit te oefenen, ook buiten de kliniek. De cognitiefout vloeit voort uit het eerder genoemde andere referentiekader dat gericht is op vrijheidsbeneming vanwege verdenking van een strafbaar feit, in plaats van het GGZ-referentiekader waarbij vrijheidsbeneming alleen als uiterste middel dient om met behandeling een ernstig nadeel (voor 2020 'gevaar') af te wenden dat wordt veroorzaakt door een psychiatrische stoornis.

Mens en professional

Het is belangrijk te realiseren dat professionals geen politieagent, officier van justitie, marechaussee of verpleegkundige *zijn*, maar als persoon een (normatieve) professionele rol vervullen (Glas 2009). De deelnemers aan deze studie hebben net als iedereen, behalve hun professionele rol ook een rol als individu met persoonlijke opvattingen en achtergronden. Vanuit die persoonlijke rol verhoudt men zich ook tot de problematiek van radicalisering. In dit onderzoek bleek er vanuit die andere (niet-professionele) rol veel minder verschillen te bestaan tussen de domeinen als het gaat om radicalisering. Er was brede consensus dat radicalisering een voorbode kan zijn van geweld tegen onschuldige slachtoffers en zo mogelijk voorkomen moet worden. Vanuit die persoonlijke rol is samenwerking geen abstract begrip maar eerder een overlevingsstrategie; samen opkomen voor de veiligheid van de groep. Onze indruk was dat professionals in het VHD minder moeite hebben om de professionele en de persoonlijke rol naast elkaar te laten bestaan dan professionals in de GGZ als het aankomt op dreigende (dus niet concrete) risico's voor de samenleving die voortvloeien uit het gedrag of – moeilijker nog – de overtuiging van hun patiënt. Bij de GGZ-professionals bleek de wettelijke plicht om te zwijgen over dat wat hen is verteld door de patiënt zwaar te wegen en was de angst voor repercussies groot.

Radicalisering is geen stoornis

Dit onderzoek gaat over percepties van professionals met betrekking tot correlaten van radicalisering, zonder systematisch te verkennen wat zij precies onder radicalisering verstaan en hoe dat zich verhoudt tot de verschillende opvattingen in de literatuur. Evenmin is onderzocht wat de respondenten verstaan onder psychische problematiek. Hoewel het methodologisch aantrekkelijk lijkt om onderwerpen van onderzoek vooraf scherp te definiëren voor alle respondenten, zou dat het onderzoek naar de percepties over deze onderwerpen hebben belemmerd. Immers, de focus van het onderzoek ligt op hoe men zich verhoudt tot de eigen taken en rollen en die van de ander, zelfs als die percepties berusten op verkeerde aannames over wat radicalisering en psychische problematiek is. Dat laat echter onverlet dat een systematisch onderzoek naar de cognities over de onderwerpen zelf nuttig is.

Uit de resultaten van de survey bleek dat respondenten uit het VHD, zoals verwacht, meer affiniteit hebben met het onderwerp radicalisering dan de respondenten uit de GGZ. Net als bij de focusgroepen werd gezien, toonden respondenten uit de GGZ een zekere ambivalentie over hun maatschappelijke rol, zoals wij dat hierboven hebben besproken. Specifiek blijkt uit de survey dat professionals in de GGZ huiverig zijn om een religieuze of ideologische overtuiging te betrekken bij de behandeling, omdat dit geen pathologische substraten zijn, zoals een waanstoornis dat bijvoorbeeld wel is. Het onbegrip voor deze terughoudendheid vanuit het VHD is wederom te begrijpen vanuit het besproken verschil in referentiekader. Met andere woorden, daar waar het voor een professional uit het VHD moeilijk te begrijpen is dat een professional uit de GGZ niet ingaat op verwijzingen naar een radicaal gedachtegoed van een patiënt omdat dit volgens de VHD-professional immers een potentieel gevaar voor de *samenleving* vormt, is de redenatie van de GGZ-professional dat de behandelrelatie over stoornissen gaat en niet over iemands *persoonlijke* politieke- en/of geloofsovertuiging. Men kan van mening verschillen over de mate waarin dit getuigd van een te beperkte taakopvatting, zeker tegen

het licht van het pleidooi om als GGZ-professional juist een brede maatschappelijk en multidisciplinaire oriëntatie te hebben bij het begrijpen en behandelen van een patiënt (de Ridder et al. 2019; Decety et al. 2018).

Wat is radicalisering dan wel?

Hoewel dit geen onderzoeksvraag was, is voor al in de kwalitatieve delen van het onderzoek hier spontaan op gespeculeerd. Daarin verschilden de respondenten uit beide domeinen niet veel van mening. Men zag oorzakelijke factoren in de behoefte aan status, in een alternatief voor een verslaafd en/of crimineel bestaan, in affectieve en pedagogische verwaarlozing als kind, in de ontvankelijkheid voor een radicaal gedachtegoed vanuit een psychische kwetsbaarheid, in een culturele predispositie, maar vooral in de behoefte om bij een groep te horen en daardoor 'iemand te zijn'. Dit laatste is nauw verwant aan de subjectieve beleving te worden gediscrimineerd of anderszins onheus te worden bejegend door de samenleving. Dit sluit aan bij wat in de theorie sociale exclusie wordt genoemd, waarbij in de inleiding al werd benadrukt dat dit een subjectieve beleving is die als dan niet gestoeld is op objectiveerbare feiten. De relatie tussen de perceptie van sociale exclusie en bereidheid extremistisch geweld te gebruiken maakt volgens ons dat die subjectieve beleving van uitsluiting zoals dat uit het onderzoek naar voren kwam nadere aandacht verdient.

Omgaan met complexiteit

Voor al uit de diepte-interviews kwam naar voren dat alle partijen de combinatie radicalisering met psychische problematiek erg complex vonden, maar er verschillend op reageerden. Wij kregen de indruk dat de deelnemers uit het VHD complexiteit proberen te reduceren door het probleem op te delen in overzichtelijke componenten (psychiatrie en strafrecht), terwijl de GGZ-deelnemers de interactie tussen beide componenten wilden begrijpen. Het nadeel van de splitsing in onderdelen is dat het dan ook aantrekkelijk wordt om de aanpak te splitsen, waarbij een deel van de beeldvorming dreigt weg te vallen. Meerdere deelnemers gaven dan ook aan dat het bespreken van deze complexe problematiek aan alleen de CTER-tafel te veel voorbijgaat aan de psychische factor in het radicaliseringsproces. Omgekeerd loopt men het risico wanneer een geradicaliseerd individu met psychische problematiek alleen in de GGZ wordt behandeld, dat er geen oog meer is voor veiligheidsrisico's van bijvoorbeeld contacten met een terroristisch netwerk. Om in de praktische aanpak de andere component ook te kunnen blijven betrekken, zou gebruik kunnen worden gemaakt van mobiele multidisciplinaire expertteams, die ook een rol kunnen spelen in de duiding van complexe problematiek.

Zorg- en veiligheidshuizen

Dit laatste raakt aan de rol van de zorg- en veiligheidshuizen (ZVH-en), waar in alle onderdelen van het onderzoek door deelnemers naar werd verwezen. Alhoewel er nog geen uniformiteit is in werkwijze en kwaliteit van de ZVH-en, heeft het concept volgens ons voldoende draagvlak om verder geprofessionaliseerd te worden. In het opleidingsdeel van het onderzoek werd bijvoorbeeld de suggestie gedaan om kennis over elkaars domein te koppelen aan een opleiding voor deelnemers aan ZVH-en. Het is denkbaar dat er in deze ZVH-en kennis gebundeld kan worden en ter beschikking wordt gesteld aan regionale mobiele expert teams die gemeenten, GGZ-instellingen of de politie ondersteunen in de (multidisciplinaire) beeldvorming en aanpak.

Interessant is dat de geïnterviewde opleiders mogelijkheden zagen om curricula aan te passen of te ontwikkelen om intersectorale samenwerking in de ZVH-en te bevorderen, bijvoorbeeld door de leden van een ZVH gecombineerde opleidingen te bieden. Op die manier zouden ZVH-en zowel aan de voorkant (opleidingen) als de achterkant (praktijk) intersectorale samenwerking rondom ernstige maatschappelijke problematiek richting kunnen geven vanuit een integratieve rol.

Boze buitenwereld

Een thema dat in verschillende onderdelen van het onderzoek naar worden kwam, was de invloed van de media en de publieke opinie op het werk van professionals in de GGZ en het VHD. Vooral na incidenten worden deze sectoren in de verdediging gedrukt door kritische (maar niet altijd als eerlijk waargenomen) vragen, die gericht lijken te zijn op het aanwijzen van een schuldige of nalatige professional of instantie. Sommige deelnemers herkenden die tendens ook in het type Kamervragen dat gesteld wordt na een incident. De deelnemers erkenden dat een kritische evaluatie nuttig is om processen te kunnen verbeteren, maar veroordeelden slecht geïnformeerde kritiek op professionals of een hele sector, waarbij het evident is dat de kennis over de complexiteit in de praktijk bij de vragende partij tekort schiet. Die dynamiek is volgens sommige deelnemers zo sterk, dat organisaties op bestuursniveau hun medewerkers in de steek lijken te laten, door de angst negatief in de media te komen. Interne procedures en laagdrempelige intercollegiale raadpleging binnen organisaties, zouden volgens de onderzoekers de angst bij professionals om als zondebok te worden aangewezen kunnen verminderen en daarmee een te defensief beleid kunnen voorkomen.

Valse dichotomieën

Hierboven is al verschillende keren ter sprake gekomen dat de neiging bestaat om complexiteit te reduceren tot een eenvoudige dichotomie: geradicaliseerd (terrorist) óf psychiatrisch gestoord; behandelen in de GGZ óf vervolgen in een strafrechtelijk kader. Ten aanzien van de eerste dichotomie is in de literatuur al vaker gewaarschuwd voor deze simplificatie (Corner and Gill 2015). Radicalisering is een construct en in feite is een psychiatrische stoornis dat ook. Reïficatie van deze constructen leidt tot de illusie dat er echt een ding bestaat als radicalisering en een psychiatrische stoornis, terwijl we het eigenlijk hebben over ordenende beschrijvingen voor gedragselementen. Alleen al op theoretische gronden is het onzinnig om ervan uit te gaan dat deze constructen elkaar uitsluiten. Sterker nog, wij pleiten ervoor om altijd een multidisciplinair beleid te voeren. Met moet volgens ons altijd actief nagaan of, en zo ja hoe, een psychische component het radicaliseringsproces kan beïnvloeden, maar tegelijkertijd, als het gaat om het behandelen van psychische stoornissen, oog hebben voor de impact van iemands persoonlijke situatie in de samenleving, of dat nou radicalisering is, een vluchtelingenstatus, of armoede. Dat betekent voor het tweede voorbeeld van een dichotomie (behandelen of strafrechtelijk vervolgen) dat ook die naast elkaar kunnen bestaan, en elkaar zelfs kunnen versterken. Het kan heilzaam zijn (in therapeutische zin) als een persoon met een persoonlijkheidsstoornis, die actie voor de Jihad voert, zowel behandeld als strafrechtelijk vervolgd wordt.

Jong geleerd is oud gedaan

Veel van de bevindingen in de eerste drie delen van het onderzoek kwamen terug in het vierde deel waar opleiders zijn bevestigd. Ook hier was er terughoudendheid bij opleiders in de GGZ om structureel aandacht te besteden aan radicalisering in de opleidingen. Niet alleen omdat radicalisering geen stoornis is, maar ook uit zorg over stigmatisering van psychiatrische patiënten (als potentiële terroristen) en het ongewenste effect van vals-positieve identificatie van 'de geradicaliseerde patiënt' als nieuwe categorie. Voor opleidingen in het veiligheidsdomein golden hoofdzakelijk de praktische bezwaren van gebrek aan ruimte in het curriculum.

Toch vonden opleiders in beide domeinen dat radicalisering met of zonder psychische problematiek aandacht verdient vanwege de maatschappelijke relevantie van de problematiek. Echter, men pleitte voor een meer algemene aandacht in de opleiding voor samenwerking met andere disciplines voor (jonge) mensen die op het verkeerde pad (dreigen te) raken of sociaal buitengesloten worden, in plaats van specifiek in te zoomen op radicalisering. De reden hiervoor was dat opleiders, net als overigens veel van de deelnemers aan de andere delen van het onderzoek, radicalisering opvatten als een

geadopteerd discours om duiding te geven aan diepgewortelde persoonlijke onvrede over de eigen identiteit en rol in de samenleving. De preventie en correctie van gedrag dat daarmee samenhangt (radicalisering, criminaliteit, huiselijk geweld, verslaving) kan alleen in een multidisciplinair en intersectorale samenwerking plaatsvinden. En de kiem voor goede samenwerking in de praktijk wordt gelegd in de opleiding. Daarin waren de opleidingen voor professionals met een toekomstige rol in praktische publiekstaken (wijkagenten, marechaussees, (sociaal)psychiatrisch verpleegkundigen) verder in dan specialistische (kader-)opleidingen, in de zin dat samenwerking tussen verschillende professionals 'op straat' alleen kan als men elkaar hoort en verstaat, terwijl dat in de meer beleidsmatige werkvelden minder op de voorgrond ligt. Vooral nog wordt volgens de respondenten in opleidingen nauwelijks aandacht besteed aan 'het andere domein', wat volgens ons een gemiste kans is.

To speak, or not to speak, that is the question

Het beroepsgeheim wordt vooral door de GGZ professionals ervaren als een onbuigzame regel waar hoge sancties aan vast zitten. Ondanks alle inspanningen van beroepsverenigingen om professionals te ondersteunen in het maken van overwegingen rond het beroepsgeheim, blijft er bij de professionals veel onzekerheid bestaan. In de praktijk zijn er wel degelijk uitzonderingen op de plicht om te zwijgen over persoonlijke informatie van de patiënt. Onze indruk is dat veel GGZ-professionals de houding '*better be safe than sorry*' hanteren en geen nader onderzoek doen naar de uitzonderingen op de regel. Er bestaat ook verwarring over de mate waarin een convenant tussen partijen die betrokken zijn bij een zorg- en veiligheidshuis, de plicht om te zwijgen opheft. Voor professionals in het veiligheidsdomein lijkt er minder terughoudendheid te zijn om informatie te delen met andere sectoren, tenzij er sprake is van meer geformaliseerde processen die duidelijk beschreven zijn. De samenwerking wordt in ieder geval beïnvloed door de bereidheid en mogelijkheid om intersectoraal informatie te delen. De vraag is of er oplossingen zijn om op een verantwoorde manier persoonlijke informatie uit meerdere sectoren te integreren tot een juiste beeldvorming, binnen de kaders van de privacy wetgeving.

Overkoepelende conclusies

Het onderzoek wijst op een kloof tussen de het domein van de geestelijke gezondheidszorg en het veiligheidsdomein die wordt veroorzaakt door verschillende factoren. De referentiekaders verschillen wat voortvloeit uit de fundamenteel andere primaire taakopvattingen van VHD- en de GGZ-professionals. Die kloof verstoort de communicatie en afstemming over maatschappelijke problematiek, wat voor veiligheidsrisico's zorgt. Alleen door vanaf het begin van professionele carrières, op alle niveaus, aandacht te besteden aan de missie, de rol en de (on-)mogelijkheden van andere domeinen, kan die kloof smaller worden. Deze algemene conclusie sluit naadloos aan bij de aanpak van radicalisering, met dien verstande dat samenwerking op dit gebied, zeker in de aanwezigheid van psychische problematiek, op veel barrières stuit. Het gaat hierbij om de terughoudendheid in de GGZ om (geloofs-) overtuigingen (anders dan wanen) een onderwerp in de behandeling te laten zijn en het ontbreken van kennis over de processen, uitingen, risico's en mogelijke culturele achtergronden van radicalisering. Professionals in alle domeinen zouden zich minimaal bewust moeten zijn van de mogelijkheid dat personen waar zij mee te maken krijgen, kunnen radicaliseren op een manier die risico's vormt voor de samenleving. Vanuit een vroege signalering is verdere duiding door deskundigen noodzakelijk om die vroege signalen geprotocolleerd op te volgen zonder mensen te stigmatiseren en daarmee onbedoeld een averechts effect te bewerkstelligen.

Hierin liggen mogelijkheden voor een verdere uitbouw en professionalisering van de zorg- en veiligheidshuizen in Nederland.

Aanbevelingen

Op basis van ons onderzoek komen wij tot de volgende aanbevelingen om de waargenomen kloof tussen het GGZ en het VHD te verkleinen en om de relatie tussen radicalisering en psychische problematiek verder te onderzoeken.

1. Aandacht voor een intersectoraal opleidingsplan waar de knelpunten van intersectorale samenwerking rondom radicaliseringsproblematiek wordt uitgewerkt in herkenbare casuïstiek. Het doel is om professionals al vanaf het begin van hun opleiding bekend te maken met een gedeeld discours waarin ten aanzien van radicalisering aandacht is voor eenduidige terminologie en de holistische, multisectoriële en multidisciplinaire aanpak.
2. Aandacht voor kennis en vaardigheden gericht op intersectorale samenwerking in de opleiding voor klinisch- en GZ-psychologen, psychiaters en senior-functies in het veiligheidsdomein. Daarbij is belangrijk dat professionals sensitief worden voor de relevantie van hun betrokkenheid bij het fenomeen, zodat zij ook later in hun carrières signalen kunnen waarnemen en weten waar en hoe die verder geduid kunnen worden.
3. Implementatie in GGZ- en jeugd-instellingen van een intern protocol om vermoedens van radicalisering of andere maatschappij-ontwrichtende signalen die individuele professionals hebben opgevangen, op een verantwoorde manier op een hoger plan te tillen in de organisatie met betrekking tot duiding, risicotaxatie en aanpak. Hierbij zal aandacht moeten zijn voor de onwenselijkheid van een routinematige screening van personen met psychische problematiek op kenmerken radicalisering, omdat dit stigmatiseert en een averechts effect teweeg kan brengen.
4. Betrek GGZ-professionals vroegtijdig bij onderzoek naar (potentiele) radicalisering vanuit de gedachte dat de voor de aanpak relevante psychosociale factoren niet altijd herkend en geduid kunnen worden door professionals in het veiligheidsdomein. In tegenstelling tot de vorige aanbeveling geldt hier dat het juist gewenst is om iedereen te screenen op psychische problematiek die onder de aandacht komt vanwege een bereidheid extremistisch geweld te gebruiken.
5. Aandacht voor het belang van een routine waarin een goed onderbouwde terugkoppeling wordt gegeven aan het domein dat bij het andere domein een melding heeft gedaan over een veiligheidskwestie. In dit kader is multisectoriële evaluatie van casuïstiek ook wenselijk.
6. Inventarisatie van de mogelijkheden om zorg- en veiligheidshuizen te professionaliseren, waarbij aandacht wordt besteed aan:
 - a. Samenstelling bestaande uit vaste en gemandateerde leden vanuit de participerende sectoren;
 - b. Een gemeenschappelijke opleiding voor vaste deelnemers aan een ZVH waarbij radicalisering en psychische problematiek in ieder geval in het curriculum opgenomen is;
 - c. Een landelijk dekkende organisatiestructuur voor ZVH-en met mogelijkheden voor opschaling naar een centraal niveau;

- d. Oprichten van regionale mobiele multidisciplinaire en intersectorale expert teams die bij deelnemende organisaties kunnen assisteren bij de duiding en het opstellen van een plan van aanpak voor radicalisering en andere potentieel ontwrichtende problematiek.
7. Aandacht voor verder multidisciplinair onderzoek naar de ontwikkeling van extremistisch geweld in relatie tot persoonlijkheid & psychische problematiek, omgeving en persoonlijke context in een longitudinaal beloop. De relevantie van dit onderzoek is om risico- en beschermende factoren niet als losstaande elementen te zien, maar in relatie tot een dynamische context van betekenisverlening en zelfregulatie.
8. Aandacht voor nader onderzoek naar mogelijkheden om binnen de kaders van wetgeving (zoals SR, Sv, WGBO, WPG, en APG) persoonsgebonden informatie over radicalisering te delen en intersectoraal te integreren met het doel ernstig geweld in de samenleving te voorkomen, ook als er dit gevaar nog niet acuut is. Daarbij zou gedacht kunnen worden aan een rol voor een organisatie-overstijgende *third trusted party* (ofwel een vertrouwenscommissie), met een multidisciplinaire samenstelling en waarvan de leden toegang hebben tot alle informatie van de sector die zij vertegenwoordigen.
9. Aandacht voor onderzoek naar de diepgang van de ideologische component van radicalisering in relatie tot de aanleiding en motivatie van gedrag, waaronder de perceptie van sociale exclusie. Het is opvallend dat niet elke minderheid of culturele groep die objectief achtergesteld wordt in een sociale omgeving neigt tot radicalisering. Is de perceptie van sociale exclusie in die groepen minder dan bij de personen die wel radicaliseren of daar sympathie voor hebben? Zijn er neurobiologische, psychologische, sociologische of antropologische correlaten van radicalisering die inzicht geven in de relatie tussen sociale exclusie, trauma, religie en bereidheid tot het gebruik van geweld?



LITERATUUR EN BIJLAGEN

Literatuur

- Aggarwal, N. (2009). Rethinking suicide bombing. *Crisis*, 30(2), 94-97, doi:10.1027/0227-5910.30.2.94.
- Atran, S. (2003). Genesis of Suicide Terrorism. *Science*, 299(5612), 1534-1539, doi:10.1126/science.1078854.
- Atran, S. (2010). *Talking to the Enemy*. London: Penguin Group.
- Bhui, K., Silva, M. J., Topciu, R. A., & Jones, E. (2016). Pathways to sympathies for violent protest and terrorism. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 483-490, doi:10.1192/bjp.bp.116.185173.
- Bovenkerk, F. (2010). *Uittreden: over het verlaten van criminele organisaties*. Amsterdam: Vossius pers UvA.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101, doi:10.1191/1478088706qp063oa.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage Ltd.
- Campelo, N., Oppetit, A., Neau, F., Cohen, D., & Bronsard, G. (2018). Who are the European youths willing to engage in radicalisation? A multidisciplinary review of their psychological and social profiles. *European Psychiatry*, 52, 1-14, doi:10.1016/j.eurpsy.2018.03.001.
- Corner, E., & Gill, P. (2015). A false dichotomy? Mental illness and lone-actor terrorism. *Law and Human Behavior*, 39(1), 23-34, doi:10.1037/lhb0000102.
- Corner, E., Gill, P., Schouten, R., & Farnham, F. (2018). Mental Disorders, Personality Traits, and Grievance-Fueled Targeted Violence: The Evidence Base and Implications for Research and Practice. *Journal of Personality Assessment*, 100(5), 459-470, doi:10.1080/00223891.2018.1475392.
- de Ridder, B., Fassaert, T., & Grimbergen, C. (2019). [Radicalization and psychiatry: a plea for a broad perspective]. *Tijdschr Psychiatr*, 61(8), 554-562.
- Decety, J., Pape, R., & Workman, C. I. (2018). A multilevel social neuroscience perspective on radicalization and terrorism. *Soc Neurosci*, 13(5), 511-529, doi:10.1080/17470919.2017.1400462.
- Dom, G. (2017). [Radicalisation, terrorism and psychiatry: an alternative truth?]. *Tijdschr Psychiatr*, 59(3), 136-138.
- Dom, G., Schouler-Ocak, M., Bhui, K., Demunter, H., Kuey, L., Raballo, A., et al. (2018). Mass violence, radicalization and terrorism: A role for psychiatric profession? *European Psychiatry*, 49, 78-80, doi:10.1016/j.eurpsy.2018.01.001.
- Doosje, B., Moghaddam, F. M., Kruglanski, A. W., de Wolf, A., Mann, L., & Feddes, A. R. (2016). Terrorism, radicalization and de-radicalization. *Current Opinion in Psychology*, 11, 79-84, doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsy.2016.06.008>.
- Foucault, M. (2001). *Madness and Civilization*. London: Routledge Classics.
- Glas, G. (2009). [Modellen van 'integratie' in de psychologie en psychiatrie (II): het normatieve praktijkmodel.]. *Psyche en Geloof*, 20(3), 165-177.
- Gruenewald, J., Chermak, S., & Freilich, J. D. (2013). Distinguishing "Loner" Attacks from Other Domestic Extremist Violence. *Criminology & Public Policy*, 12(1), 65-91, doi:10.1111/1745-9133.12008.
- Horgan, J. (2014). *The Psychology of Terrorism* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Hurlow, J., Wilson, S., & James, D. V. (2016). Protesting loudly about Prevent is popular but is it informed and sensible? *BJPsych Bulletin*, 40(3), 162-163, doi:10.1192/pb.40.3.162.
- Jenkins, B. M. (2013). Forward. In J. D. Simon (Ed.), *Lone wolf terrorism: Understanding the growing threat* (pp. 7-11). New York: Prometheus Books.
- KNMG (2016). <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/is-mijn-patient-een-terrorist-htm>.

- Kruglanski, A. W., Gelfand, M. J., Bélanger, J. J., Sheveland, A., Hetiarachchi, M., & Gunaratna, R. (2014). The Psychology of Radicalization and Deradicalization: How Significance Quest Impacts Violent Extremism. *Political Psychology, 35*(S1), 69-93, doi:10.1111/pops.12163.
- Lash, C. (1979). *The Culture of Narcissism: American Life in An Age of Diminishing Expectations*. New York: W.W. Norton.
- Marquant, T., & Goethals, K. (2019). [Extremism and violent extremism: don't forget the role of the forensic psychiatrist]. *Tijdschr Psychiatr, 61*(8), 525-526.
- Misiak, B., Samochowiec, J., Bhui, K., Schouler-Ocak, M., Demunter, H., Kuey, L., et al. (2019). A systematic review on the relationship between mental health, radicalization and mass violence. *Eur Psychiatry, 56*, 51-59, doi:10.1016/j.eurpsy.2018.11.005.
- Paulussen, C., Nijman, J., & Lismont, K. (2017). Mental Health and the Foreign Fighter Phenomenon: A Case Study from the Netherlands. *The International Centre for Counter-Terrorism, The Hague*.
- Pearce, K. I., & Macmillan, H. (1977). Police Negotiations: A New Role for the Community Psychiatrist. *Canadian Psychiatric Association Journal, 22*(4), 171-175, doi:10.1177/070674377702200405.
- Pearlstein, R. M. (1991). *The mind of the political terrorist*. Wilmington, England: Scholarly Resources.
- Post, B. C., & Wade, N. G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol, 65*(2), 131-146, doi:10.1002/jclp.20563.
- Pretus, C., Hamid, N., Sheikh, H., Ginges, J., Tobena, A., Davis, R., et al. (2018). Neural and Behavioral Correlates of Sacred Values and Vulnerability to Violent Extremism. *Front Psychol, 9*, 2462, doi:10.3389/fpsyg.2018.02462.
- RCPSYCH (2016). Counter-terrorism and psychiatry. Position Statement PS04/16 In R. C. o. Psychiatrists (Ed.). London.
- RCPSYCH (2017). Ethical considerations arising from the government's counterterrorism strategy. In R. C. o. Psychiatrists (Ed.).
- Schulten, N., Doosje, B., Spaaij, R., & Kamphuis, J. H. (2019). WODC rapport: Psychopathologie en terrorisme; Stand van zaken, lacunes en prioriteiten voor toekomstig onderzoek. In <https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/2911-geestelijke-gezondheid-en-betrokkenheid-bij-terrorisme.aspx> (Ed.). Amsterdam.
- Schuurman, B. (2017). *Becoming a European homegrown jihadist: a multilevel analysis of involvement in the Dutch Hofstadgroup, 2002-2005.*, Leiden University, Leiden.
- Selten, J. P., Booij, J., Buwalda, B., & Meyer-Lindenberg, A. (2017). Biological Mechanisms Whereby Social Exclusion May Contribute to the Etiology of Psychosis: A Narrative Review. *Schizophr Bull, 43*(2), 287-292, doi:10.1093/schbul/sbw180.
- Victoroff, J. (2005). The Mind of the Terrorist: A Review and Critique of Psychological Approaches. *Journal of Conflict Resolution, 49*(1), 3-42, doi:10.1177/0022002704272040.
- Voci, A., & Hewstone, M. (2003). Intergroup Contact and Prejudice Toward Immigrants in Italy: The Mediation Role of Anxiety and the Moderational Role of Group Salience. *Group Processes & Intergroup Relations, 6*(1), 37-54, doi:10.1177/1368430203006001011.
- Weenink, A. (2015). Behavioral Problems and Disorders among Radicals in Police Files. *Perspectives on terrorism, 9*(2).
- Wölfer, R., Schmid, K., Hewstone, M., & van Zalk, M. (2016). Developmental Dynamics of Intergroup Contact and Intergroup Attitudes: Long-Term Effects in Adolescence and Early Adulthood. *Child Dev, 87*(5), 1466-1478, doi:10.1111/cdev.12598.

Bijlage 1: Survey kwantitatief deel PERCEPT studie

Sectie	Vraag/stelling
1. Algemene vragen	
2. Thema radicalisering	
A2001	Ik vind het moeilijk om te bepalen wanneer radicale uitspraken problematisch genoeg zijn om intern te escaleren
A2002	Elke vorm van vrijheidsbeneming leidt tot meer radicalisering
A2003	Het medisch dossier bevat relevante informatie voor de politie om een radicaliseringscasus beter in te schatten
A2004	Er is in Nederland een goed systeem om radicalisering vroeg te signaleren
A2005	Radicalisering wordt vooral veroorzaakt door andere dan psychische factoren
A2006	Naarmate er meer factoren een rol spelen bij iemands radicalisering, is de GGZ steeds minder bereid om iets te doen
A2007	Je kunt de dreiging die van een geradicaliseerd individu uitgaat door goede zorg de-escaleren
A2008	Terroristisch geweld door groepen is een groter probleem dan wanneer een eenling een terroristische daad pleegt
A2009	Als er iemand uit het VHD aan een persoon een CTER (contraterrorisme, radicalisering en extremisme) label (kenmerk) toekent in de registratiesystemen, benadeelt dat goed overleg
A2010	De GGZ besteedt te weinig aandacht aan de levensloop van patiënten, waardoor radicalisering niet goed begrepen wordt
3. Contact	
A3001	Hoeveel mensen uit het 'andere' domein kent u?
A3002	Hoe vaak heeft u contact met iemand uit het 'andere' domein?
A3003	Het contact met mensen uit het 'andere' domein ervaar ik als plezierig.
A3004	Het contact met mensen uit het 'andere' domein ervaar ik als oppervlakkig.
A3005	Het contact met mensen uit het 'andere' domein ervaar ik als coöperatief.
A3006	Het contact met mensen uit het 'andere' domein ervaar ik als gelijkwaardig.
A3007	Het contact met mensen uit het 'andere' domein ervaar ik als erg formeel.
A3008	Het contact met mensen uit het 'andere' domein ervaar ik als hecht
4. Taken en rollen	
A4001	De politie vindt het moeilijk om zorgtaken los te laten
A4002	Iedereen heeft een deel van de verantwoordelijkheid in de aanpak van radicalisering; ook de GGZ
A4003	Een niet-pluis gevoel (of vroeg signaal van radicalisering) moet altijd gedeeld worden met collega's binnen de eigen organisatie
A4004	Het VHD moet bij radicalisering een leidende rol hebben
A4005	De politie heeft alleen in uitzonderlijke situaties een preventieve zorgtaak bij radicalisering
A4006	De politie en de KMAR hebben een signaalfunctie bij radicalisering
A4007	De wijkagent moet de spin in het web zijn bij radicalisering
A4008	De GGZ heeft een rol in de (vroeg-)signalering van radicalisering
A4009	De GGZ heeft een taak in het deradicaliseren van mensen
A4010	De GGZ heeft niet alleen diagnostische en behandeltaken, maar ook een actieve taak gericht op de veiligheid in de samenleving
A4011	Als de GGZ iemand ambulante behandelt die geradicaliseerd is, volgt daaruit een maatschappelijke taak

A4012	De GGZ zou een coördinerende taak moeten hebben bij radicalisering als de psychische problematiek op de voorgrond staat
A4013	Professionals in de GGZ moeten veel vaker op consultatieve basis het VHD adviseren over hoe om te gaan met psychische problematiek van subjecten
5. Relatie	
A5001	Om de samenwerking met het 'andere' domein te verbeteren, moeten we eerst naar onze eigen organisatie kijken
A5002	Als de gemeente of politie een niet-pluis gevoel hebben bij een radicaliserings casus, kloppen zij aan bij de GGZ
A5003	Wetgeving en regels over zorgverlening, strafrecht of financiële kaders frustreren volgens mij een soepele samenwerking
A5004	De werelden van de GGZ en het VHD liggen ver uit elkaar
A5005	De GGZ doet te weinig als iemand (al dan niet geradicaliseerd) zelf geen hulpvraag heeft, omdat de GGZ verwacht dat het VHD het dan wel oppakt
A5006	De GGZ laat (in het algemeen) soms taken liggen die het OM dan weer moet oppakken
A5007	De GGZ geeft zelden een terugkoppeling als de politie of KMAR een zorgmelding heeft gedaan
A5008	De GGZ is te weinig bereid om informatie te delen
A5009	Dat wat de GGZ doet, moet beter worden afgestemd met de andere partijen bij radicalisering
A5010	De politie beschikt vaak over informatie die de GGZ nodig heeft voor een goede behandeling van een geradicaliseerde patiënt
A5011	De GGZ hanteert privacy argumenten om het gebrek aan informatie-uitwisseling met het VHD te rechtvaardigen
A5012	De communicatie tussen het VHD en de GGZ hapert
A5013	In de opleidingen binnen het GGZ en VHD moet aandacht komen voor een gezamenlijke aanpak bij radicalisering
A5014	De wijkagent is beter bereikbaar voor de GGZ dan 'de politie' in het algemeen
A5015	De GGZ wil alleen bij een hoog afbreukrisico samenwerken met het VHD bij radicalisering
A5016	Samenwerking tussen GGZ en het VHD bij radicaliserings casuïstiek moet in een veiligheidshuis gebeuren
A5017	Samenwerking tussen GGZ en het VHD verbetert door werkbezoeken over en weer en kennis van elkaars (on)mogelijkheden
A5018	Bij geradicaliseerden met psychische problemen moeten de GGZ en het VHD veel meer samen optrekken
A5019	Gezamenlijk opereren en goede terugkoppeling komt de samenwerking tussen GGZ en het VHD ten goede
A5020	Voor samenwerking tussen GGZ en het VHD heb je lef nodig
A5021	Escalatie van radicalisering kun je voorkomen door relevante informatie vroeg te delen tussen het VHD en de GGZ
A5022	Het VHD zadelt de GGZ op met mensen waar ze binnen de GGZ niks mee kunnen
A5023	De wijkagent heeft meer begrip voor de dilemma's in de GGZ dan de reguliere agent
A5024	Professionals in het VHD weten wanneer iemand 'voor de GGZ' is
A5025	De politie pakt signalen van de GGZ over mogelijk gevaar in de samenleving te weinig op
A5026	De politie levert vaak te veel gevoelige informatie aan de GGZ over iemand die daar in zorg komt
A5027	Mensen uit de GGZ en het VHD hebben een sterk vertrouwen in elkaar
A5028	Binnen het VHD wordt snel gezegd dat de GGZ niks doet als in de loop van de tijd de ernst van een psychische stoornis niet afneemt
A5029	Binnen het VHD communiceren de teams voor 'verwarde personen' en de terrorisme teams te weinig met elkaar

6. Inhoud en Professionaliteit	
A6001	Professionals in alle domeinen schieten snel in een kramp bij signalen van radicalisering
A6002	Men moet accepteren dat de GGZ maar weinig veiligheidsrisico's kan wegnemen
A6003	Radicalisering is een onderwerp dat ver buiten mijn dagelijkse praktijk ligt
A6004	Een klinische opname in de GGZ bevordert de veiligheid in de samenleving
A6005	Professionals bij de politie en KMAR kunnen psychische problematiek goed inschatten
A6006	De GGZ is nauwelijks ter verantwoording te roepen - in tegenstelling tot het veiligheidsdomein
A6007	Bij het woord 'veiligheid' denk ik vooral aan het welzijn van de samenleving
A6008	Professionals in de GGZ denken te weinig na over de relatie tussen psychische stoornis en delict gedrag
A6009	Psychiaters schrijven geen geneeskundige verklaring voor een Rechterlijke Machtiging (RM) als zij een patiënt niet willen opnemen
A6010	In de GGZ is er te weinig kennis over radicalisering
A6011	Het intern opschalen van een niet-pluis gevoel over mogelijke radicalisering moet beter worden georganiseerd in mijn organisatie
A6012	Als er een combinatie is van strafrecht en psychische problematiek, kiest het VHD vaak alleen voor het laatste
A6013	De politie en het OM denken over de GGZ in termen van het opsluiten van verwarde mensen
A6014	Patiënten in de GGZ zeggen vaak verontrustende dingen, wat het moeilijk maakt te weten wanneer je iets serieus moet nemen
A6015	Je kunt geweld kunt voorkomen, zelfs niet met goede kennis over risico-inschatting
A6016	Hoe groter de dreiging door een geradicaliseerd persoon, hoe minder flexibel je bent in het de-escaleren daarvan
A6017	De politie praat te veel over wat ze wel of niet zouden moeten doen (de 'domein discussie')
A6018	De wijkagent bezwijkt onder een administratieve druk
A6019	Professionals in het VHD hebben te weinig kennis van hoe om te gaan met verwarde mensen
A6020	De KMAR en politie worden onverschillig over de ernst van psychische problemen van eenzelfde persoon als die al jarenlang bestaan
A6021	De politie heeft te veel oog voor de veiligheidsaspecten van een geradicaliseerd persoon en te weinig voor de zorgbehoefte
A6022	Er wordt in de GGZ te veel naar de patiënt gekeken en te weinig naar diens omgeving

Bijlage 2: Itemselectie voor de clusterindeling van de mate van uitgesprokenheid

De groep vragen waarbij **radicalisering** het onderwerp is bestaat uit 34 items (A2001 A2002 A2003 A2004 A2005 A2006 A2007 A2008 A2009 A2010 A4003 A4004 A4005 A4006 A4007 A4008 A4009 A4011 A4012 A5002 A5005 A5009 A5010 A5013 A5015 A5016 A5017 A5018 A5019 A5021 A6001 A6003 A6011 A6016)

De groep vragen waarbij de **GGZ 'aan zet' of het onderwerp** is bestaat uit 23 items (A2006 A2010 A4002 A4008 A4009 A4010 A4011 A4012 A4013 A5005 A5006 A5007 A5008 A5009 A5011 A5015 A6002 A6004 A6006 A6008 A6009 A6010 A6022)

De groep vragen waarbij het **VHD 'aan zet' of het onderwerp** is bestaat uit 24 vragen (A2009 A4001 A4004 A4005 A4006 A4007 A5002 A5010 A5014 A5022 A5023 A5024 A5025 A5026 A5028 A5029 A6005 A6012 A6013 A6017 A6018 A6019 A6020 A6021)

De groep vragen waarbij **zowel de GGZ als het VHD het onderwerp** zijn bestaat uit 13 vragen (A5004 A5012 A5013 A5016 A5017 A5018 A5019 A5020 A5021 A5027 A6001 A6003 A6007)

Bijlage 3: Interview protocollen kwalitatief deel



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

PERCEPT studie

ORCAT

Kwalitatief deel: Interviewprotocol VHD

Introductie:

Wij willen in dit onderzoek meer zicht krijgen op de gang van zaken rond personen waarvan wordt vermoed dat ze radicaliseren (rechts, links, single issue of religieus) of waarvan bekend is dat ze geradicaliseerd zijn, en waarbij een vermoeden is van psychische problemen.

Dit onderdeel van de studie is een interview dat bestaat uit drie delen:

1. Het eerste deel richt zich op uw persoonlijke ervaringen en op de manier waarop uw organisatie hiermee omgaat.
2. In het tweede deel willen we graag weten of u, dan wel uw organisatie, plannen heeft voor de aanpassing van procedures met betrekking tot dit onderwerp.
3. Tenslotte willen we in het laatste deel weten hoe u de samenwerking met de GGZ in het algemeen ervaart en in het bijzonder als er sprake is van radicaliseringscasuïstiek.

Prompts

Deel 1

- Hoe denkt u over de relatie radicalisering en psychische problematiek? [Uitgangsperspectief]
- Hoe vaak ontmoetingen doelgroep (direct met subject of in lijnfunctie)?
- Persoonlijke beleving bij die ontmoetingen (direct met subject of in lijnfunctie)?
- Heeft u voldoende handelingskader voor die ontmoetingen?
- Resultaat van uw ontmoeting?
- Consequenties voor uzelf?
- Zijn er in uw organisatie speciale afspraken voor deze problematiek?

Deel 2

- Zijn er ontwikkelingen in uw organisatie voor aanpassing van procedures voor personen die geradicaliseerd zijn en psychische problemen hebben?
- Vindt u dat goed of zou er iets anders gedaan moeten worden?

Deel 3

- Hoe ervaart u de samenwerking met de GGZ in het algemeen?
- Hoe ervaart u de samenwerking met de GGZ op dit onderwerp van geradicaliseerde personen met psychische problemen?



Kwalitatief deel: Interviewprotocol GGZ

Introductie:

Wij willen in dit onderzoek meer zicht krijgen in de gang van zaken rond personen waarvan wordt vermoed dat ze radicaliseren (rechts, links, single issue of religieus) of waarvan bekend is dat ze geradicaliseerd zijn, en waarbij een vermoeden is van psychische problemen.

Dit onderdeel van de studie is een interview dat bestaat uit drie delen:

1. Het eerste deel richt zich op uw persoonlijke ervaringen en op de manier waarop uw organisatie hiermee omgaat.
2. In het tweede deel willen we graag weten of u, dan wel uw organisatie, plannen heeft voor de aanpassing van procedures met betrekking tot dit onderwerp.
3. Tenslotte willen we in het laatste deel weten hoe u de samenwerking met het VHD in het algemeen ervaart en in het bijzonder als er sprake is van radicaliseringscasuïstiek.

Prompts

Deel 1

- Hoe denkt u over de relatie radicalisering en psychische problematiek? [Uitgangsperspectief]
- Hoe vaak ontmoetingen doelgroep (direct met patiënt of in lijnfunctie)?
- Persoonlijke beleving bij die ontmoetingen (direct met patiënt of in lijnfunctie)?
- Heeft u voldoende handelingskader voor die ontmoetingen?
- Resultaat van uw ontmoeting?
- Consequenties voor uzelf?
- Zijn er in uw organisatie speciale afspraken voor deze problematiek?

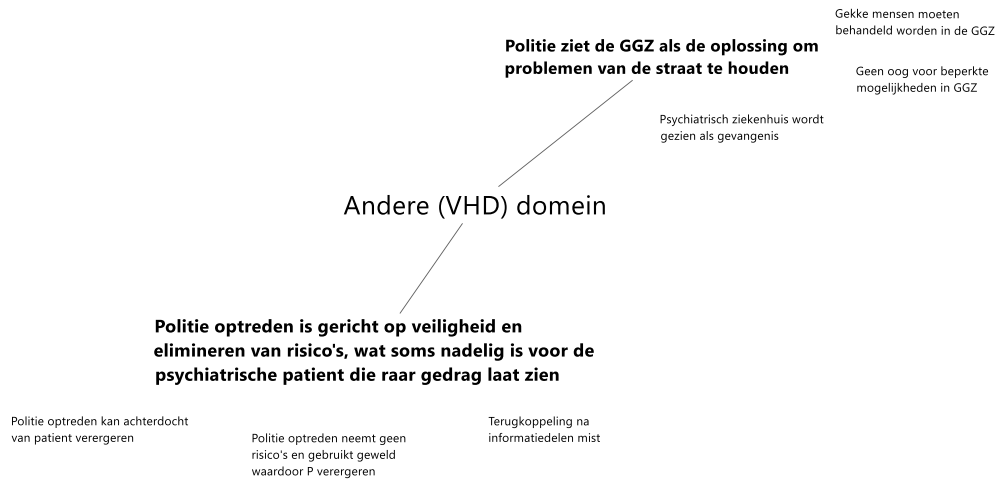
Deel 2

- Zijn er ontwikkelingen in uw organisatie voor aanpassing van procedures voor personen die geradicaliseerd zijn en psychische problemen hebben?
- Vindt u dat goed of zou er iets anders gedaan moeten worden?

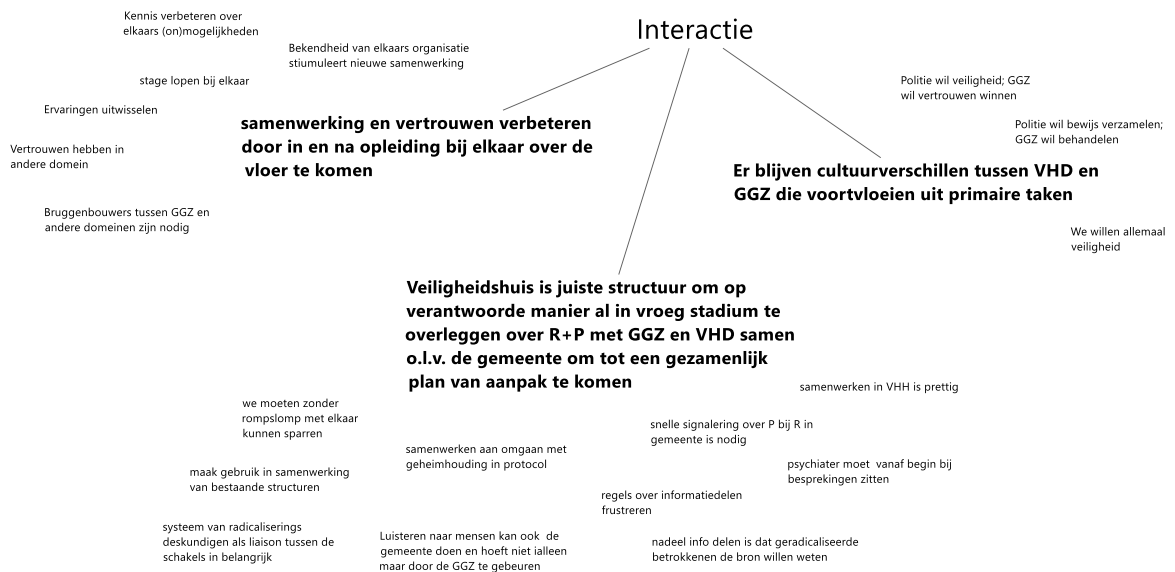
Deel 3

- Hoe ervaart u de samenwerking met het VHD in het algemeen?
- Hoe ervaart u de samenwerking met het VHD op dit onderwerp van geradicaliseerde personen met psychische problemen?

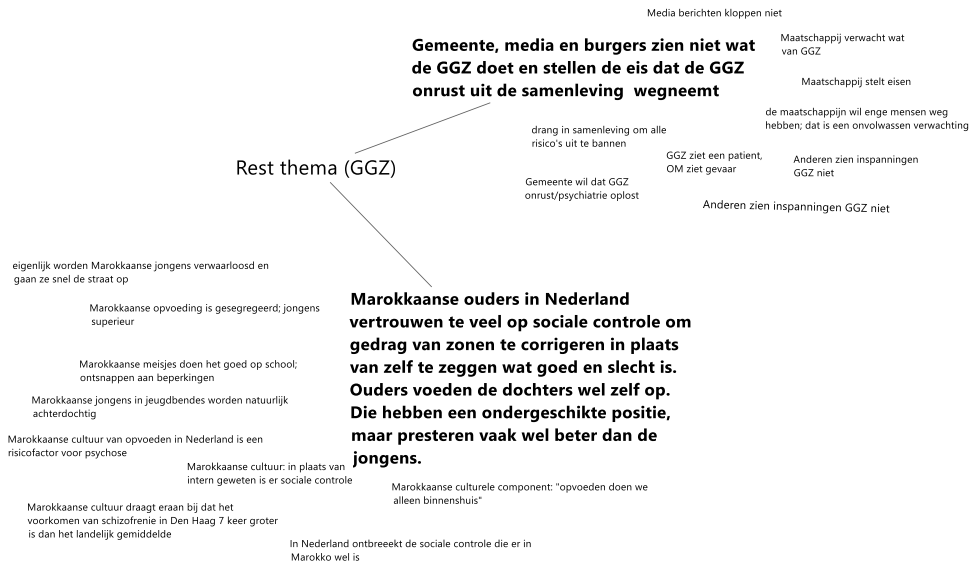
GGZ-inhoudsgroep: andere domein



GGZ-inhoudsgroep: interactie



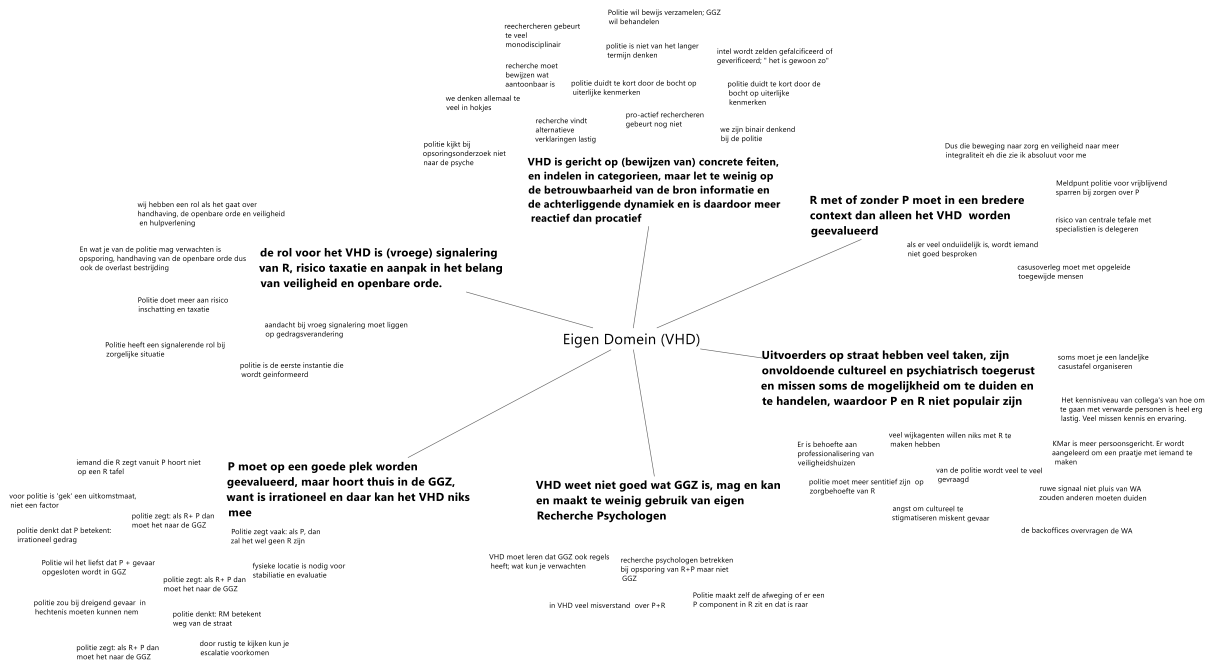
GGZ-inhoudsgroep: rest thema's



VHD-inhoudsgroep: fenomeen



VHD-inhoudsgroep: eigen domein



VHD-inhoudsgroep: andere domein



VHD-inhoudsgroep: interactie



VHD-inhoudsgroep: rest thema's



Bijlage 5: Semigestructureerde vragenlijst voor opleiders

Rol binnen opleiding

In dit onderzoek zijn wij geïnteresseerd in de manier waarop opleidingen van invloed zijn op de mening van toekomstige professionals ten aanzien van radicalisering, extremisme of terrorisme, al dan niet in combinatie met psychopathologie.

1. Voor welke doelgroep bent u opleider?
2. Wat is uw rol binnen de opleiding?
3. Hoe lang vervult u al die rol?
4. Wat is uw leeftijd en geslacht?

Opleiding abstract

Het onderwerp radicalisering, extremisme of terrorisme komt regelmatig in het nieuws als een probleem met maatschappelijke relevantie. Daarbij wordt het veiligheidsdomein en/of het domein van de geestelijke gezondheidszorg vaak besproken.

5. Is er ruimte voor het onderwerp radicalisering, extremisme of terrorisme in de opleiding waar u bij betrokken bent?
6. Zo ja, op welke manier?
7. Zo nee, vindt u dat dat zou moeten (waarom wel, waarom niet)?

8. Is er ruimte voor het onderwerp psychische problematiek in de opleiding waar u bij betrokken bent?
9. Zo ja, op welke manier?
10. Zo nee, vindt u dat dat zou moeten (waarom wel, waarom niet)?

11. Vindt u dat er binnen opleidingen in uw eigen domein, ruimte moet zijn voor het onderwerp psychische problematiek in combinatie met radicalisering, extremisme of terrorisme?
12. Zo ja, op welke manier?
13. Zo nee, waarom niet?

14. Vindt u dat er binnen opleidingen in het andere domein, ruimte moet zijn voor het onderwerp psychische problematiek in combinatie met radicalisering, extremisme of terrorisme?
15. Zo ja, op welke manier?
16. Zo nee, waarom niet?

Opleiding als toerusting van professionals

Professionals in zowel het domein van geestelijke gezondheidszorg als het veiligheidsdomein kunnen betrokken raken bij problematiek rondom personen die psychische problemen hebben en affiniteit tonen met radicalisering, extremisme of terrorisme.

17. Op welke manier worden deze professionals in de opleiding waar u bij betrokken bent voorbereid op het omgaan met deze problematiek?
18. Zijn er andere opleidingen die hier volgens u een rol in hebben? Zo ja, hoe?

Opleiding en samenwerking

De samenwerking tussen het GGZ en veiligheidsdomein is een actueel onderwerp, zeker als het om geweldsincidenten gaat, zoals geweld dat voortvloeit uit radicalisering, extremisme of terrorisme. Die samenwerking komt tot stand door professionals uit beide domeinen.

19. Hoe wordt er in de opleiding waar u bij betrokken bent aandacht besteedt aan die samenwerking?
20. Vindt u dat andere opleidingen hier aandacht aan zouden moeten besteden, en zo ja, hoe?

