

# Forensische zorg tijdens detentie

**Advies d.d. 27 september 2012**



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	5
<b>Afkortingen</b>	9
<b>1. Aanleiding en context voor dit advies</b>	11
1.1 Achtergrond en doel advies	11
1.2 Beschrijving relevante begrippen	13
1.3 Afbakening en aanpak	14
1.4 Aard en omvang psychische problematiek tijdens detentie	15
1.5 Relatie tussen psychische stoornis en (voorkomen van) delictgedrag	18
1.6 Leeswijzer	18
<b>2. Het beleid ten aanzien van de forensische zorg in vogelvlucht</b>	21
2.1 Beleidsontwikkelingen, gericht op de voorzieningen	21
2.2 Veranderingen in regelgeving die doorwerken in de vraag naar zorg	22
2.3 Doelstellingen beleid forensische zorg	23
<b>3. Uitgangspunten van de Raad voor de forensische zorg in detentie</b>	27
3.1 Terugblik op eerder advies over zorg aan gedetineerden	27
3.2 Goed bejegenen	28
3.3 Ontwikkelingen internationaal	29
3.4 Ontwikkelingen nationaal	31
3.5 Uitgangspunten	31
<b>4. De praktijk van nu en morgen</b>	35
4.1 Inleiding	35
4.1.1 Begrippen, organisaties en procedures	35
4.1.2 Organisatie gevangeniswezen en zorg	37
4.2 Zorg in het standaardregime	38
4.2.1 Beschrijving en ontwikkelingen	38
4.2.2 Instroom/screening	39
4.2.3 Zorg tijdens het verblijf	40
4.2.4 Uitstroom	42
4.2.5 Aandachtspunten standaardregime	44
4.3 Zorg in de 'extra-zorgvoorziening' (ezv)	44
4.3.1 Beschrijving en ontwikkelingen	44
4.3.2 Instroom/screening	46
4.3.3 Verblijf	47
4.3.4 Uitstroom	48
4.3.5 Aandachtspunten extra zorgvoorziening	48
4.4 Penitentiair psychiatrisch centrum (ppc)	48
4.4.1 Beschrijving en ontwikkelingen	48

4.4.2 Instroom/screening	51
4.4.3 Verblijf, therapie	53
4.4.4 Uitstroom	53
4.4.5 Aandachtspunten ppc's	54
4.5 Zorg in inrichtingen voor stelselmatige daders (isd)	55
4.5.1 Beschrijving en ontwikkelingen	55
4.5.2 Instroom/screening	56
4.5.3 Verblijf	57
4.5.4 Uitstroom	58
4.5.5 Aandachtspunten isd	60
4.6 Relatie gevangeniswezen met de geestelijke gezondheidszorg	60
4.6.1 Inkoop van zorg	60
4.6.2 Literatuur en werkbezoeken	60
4.7 Indicatiestelling	64
<b>5. Conclusies en aanbevelingen</b>	67
5.1 Algemeen	67
5.2 Bevindingen adviesvragen	67
5.3 Aanbevelingen	71
<b>Bronvermelding</b>	75
<b>Bijlage 1 Forensische zorgtitels</b>	81
<b>Bijlage 2 Lijst met geïnterviewde personen</b>	83
<b>Bijlage 3 Internationale standaarden (capita selecta)</b>	85
<b>Bijlage 4 Cijfers en tabellen</b>	87

## Samenvatting

De Raad brengt op eigen initiatief advies uit aan de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie (VenJ) over de zorgverlening tijdens detentie aan gedetineerden met een psychische stoornis, een lichte verstandelijke beperking of met verslavingsproblematiek.

Aanleiding voor dit advies is een aantal recente belangrijke ontwikkelingen op dit als *forensische zorg* aangeduide terrein. Dit varieert van de overheveling in 2008 van (een deel van) het AWBZ-budget naar het ministerie van VenJ, de introductie van 'extra zorgvoorzieningen' (ezv's) in iedere penitentiaire inrichting, de inrichting van vijf penitentiaire psychiatrische centra (ppc's) en andere maatregelen in het kader van Modernisering gevangeniswezen tot de invoering binnenkort van de Wet forensische zorg (naar verwachting in 2013). Het advies kan in samenhang worden gezien met het recent door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uitgebrachte advies "Stoornis en delict", dat zich richt op de verbetering van de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere ggz.<sup>1</sup>

Op grond van informatie verkregen uit werkbezoeken, gesprekken met praktijkdeskundigen en schriftelijke documentatie heeft de Raad zich een uitgebreid beeld gevormd over de vraag of de *forensische zorg tijdens detentie* thans kwalitatief en kwantitatief op orde is.

Hij concludeert dat er positieve ontwikkelingen zijn, zoals met name de introductie van de ppc's. Hoewel internationaal gezien er voorkeur bestaat om de verantwoordelijkheid voor zorg in het gevangeniswezen bij de minister voor Volksgezondheid te leggen, meent de Raad dat de overheveling van het zorgbudget naar VenJ aan de inrichting van het nieuwe stelsel van forensische zorg ten goede is gekomen. Toch zijn er bij de forensische zorg tijdens detentie nog belangrijke knelpunten die het niveau van aanloopproblemen overstijgen.

De Raad heeft geconstateerd dat de psychische problematiek onder gedetineerden ernstig en omvangrijk is. Uit onderzoek is bekend dat het merendeel van de gedetineerden problemen heeft: circa de helft heeft een persoonlijkheidsstoornis, 40% heeft te maken met verslavingsproblematiek en circa 15% een verstandelijke beperking. Vaak is sprake van meervoudige problematiek.

Slechts een zeer beperkt deel van de doelgroep wordt tijdens detentie onder bereik van gespecialiseerde zorg gebracht: naar schatting van de Raad wordt ongeveer 10% van de gedetineerden voor zorg geïndiceerd, terwijl slechts 8% van de detentiecapaciteit als zorgvoorzieningen is aan te merken (ppc's en inrichtingen voor stelselmatige daders). Dit staat niet in verhouding tot de omvang van de geconstateerde problematiek.

De Raad constateert knelpunten bij de screening, tekorten aan en overbelasting van psychologen, daarmee samenhangend soms zwak functionerende psycho-medische overleggen en vaak langdurige bureaucratische procedures van indicatiestelling en (over-) plaatsing waarin weinig vertrouwen wordt getoond in de zorgprofessionals die met de betreffende gedetineerden te maken hebben. Het moment waarop de zorgverlening daadwerkelijk kan starten, wordt hierdoor soms ernstig vertraagd of blijft zelfs uit omdat de psychische stoornis niet als zodanig wordt herkend.

Het verschil in niveau van zorg tussen de vijf ppc's en de overige detentieplaatsen vindt de Raad te groot. De ezv's mogen qua zorgniveau deze benaming eigenlijk niet dragen omdat ze formatief geen extra zorg bieden. In de regel worden op deze afdelingen bovendien psychisch kwetsbare gedetineerden samengeplaatst met gedetineerden die geen zorg maar alleen afscherming behoeven, met name omdat ze worden verdacht van of zijn veroordeeld voor het plegen van een zedendelict. De Raad acht dit een onwenselijke situatie.

---

<sup>1</sup> RVZ 2012 (1).

De ppc's kennen een verschillende ontstaansgeschiedenis, maar ontwikkelen zich volgens de Raad in de goede richting. Toch bieden ook zij met name voor langverblijvenden thans nog een weinig gespecialiseerd zorgaanbod. De aanzetten om de ppc's een zekere regiefunctie te geven om de zorg binnen de penitentiaire inrichtingen te verbeteren, waardeert de Raad als positief.

De behandeling van gedetineerden die met een isd-maatregel zijn geplaatst, wordt vaak ernstig vertraagd als gevolg van de eerder genoemde langdurige indicatiestellings- en plaatsingsprocedures. Hierdoor start de behandeling in een gespecialiseerde setting vaak later dan nodig en wordt deze, vanwege het gelimiteerde justitiële kader, onnodig bekort.

De Raad brengt in dit advies in herinnering dat een belangrijk uitgangspunt van beleid, 'ggz-tenzij' al decennialang moeizaam van de grond komt. Ondanks positieve ontwikkelingen op het terrein van inkoop van zorg, ziet de Raad nog te weinig substantiële vooruitgang. Om beter in dit streven te slagen moeten 'justitie' en ggz elkaar vinden in gezamenlijke doelstellingen, uitgangspunten, kwaliteitseisen en op elkaar aansluitende werkprocessen. Een gedeeld beeld hoe bijvoorbeeld om te gaan met het vrijheden-, verlof-, en plaatsingsbeleid bij terugval in middelengebruik is voor een goede samenwerking in de praktijk van groot belang. Door het vormen van regionale netwerken kunnen ppc's ook een belangrijke rol spelen bij het overwinnen van cultuurverschillen.

Tot slot merkt de Raad op dat recidivevermindering maatschappelijk een belangrijke doelstelling van forensische zorg is. Om die reden is het van belang het inzicht in de effecten van behandeling te vergroten om zodoende de behandelresultaten te verbeteren en het draagvlak voor forensische zorg te vergroten. Tegelijkertijd vindt de Raad, gelet op het nationaal en internationaal onomstreden equivalentiebeginsel, dat het verminderen van recidive niet de belangrijkste doelstelling van forensische zorg zou moeten zijn. Het bieden van verantwoorde zorg, mede in het kader van de resocialisatie, vindt de Raad net zo belangrijk.

Om de in gang gezette positieve ontwikkelingen bij de forensische zorg in detentie te versterken, zijn volgens de Raad verbeteringen noodzakelijk bij de instroom in, het zorgaanbod tijdens en de uitstroom uit de forensische zorg in detentie. Hij formuleert daartoe de volgende aanbevelingen:

*Aanbevelingen met betrekking tot de instroom:*

1. Verbeter de screening binnen inrichtingen door:
  - elke ppc in zijn regio een rol te geven bij de kwaliteitsbewaking hiervan,
  - de beschikbare informatie bij binnenkomst van een gedetineerde te verbeteren en
  - aandacht te besteden aan opleiding van piw-ers waar het kennis en bekendheid betreft van psychische stoornissen.
2. Vereenvoudig de indicatiestellingsprocedures door waar mogelijk het aantal betrokken partijen te verminderen en de beslissingsbevoegdheden lager in de organisatie te leggen.
3. Leg op casusniveau de regie bij één zorgprofessional (bij voorkeur degene die zich met de intake bezighoudt –te vergelijken met de huisartsenfunctie in de reguliere zorg-) en ondersteun deze daartoe.

*Aanbevelingen met betrekking tot het zorgaanbod:*

4. Bestem de ezv's voor psychisch kwetsbare gedetineerden en versterk de positie van de zv's in de forensische zorgketen door de ezv's zo in te richten dat ze *daadwerkelijk* extra zorg bieden.
5. Verbeter in de ppc's met name voor langverblijvenden de mogelijkheden voor behandeling, overigens zonder daarbij het uitgangspunt 'ggz-tenzij' te verlaten.
6. Reserveer voor de uitvoering van de isd-maatregel voldoende capaciteit in het indicatiestellings- en door- en uitplaatsingsproces.

*Aanbevelingen met betrekking tot de uitstroom:*

7. Geef elke ppc in zijn regio een functie voor omringende penitentiaire inrichtingen en ondersteun de ppc's als netwerkorganisatie binnen het (regionale) zorgaanbod.
8. Zorg ervoor dat terugval in middelengebruik een reeds in gang gezette overplaatsing naar gespecialiseerde verslaafdenzorg niet in de weg staat.

*Overkoepelende aanbeveling:*

9. Versterk de forensische zorgketen tijdens detentie wat instroom, zorgaanbod en uitstroom betreft en bezie of de ppc's daarbij in een meer regievoerende functie verder kunnen worden versterkt.





## Afkortingen

<i>biba</i>	<i>beveiligde individuele begeleidingsafdeling</i>
<i>bsd</i>	<i>bureau selectie- en detentiebegeleiding</i>
<i>cvt</i>	<i>commissie van toezicht</i>
<i>DBBC</i>	<i>Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie</i>
<i>DForZo</i>	<i>Directie Forensische Zorg (DJI)</i>
<i>DJI</i>	<i>Dienst Justitiële Inrichtingen</i>
<i>DSM-IV</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e editie</i>
<i>EPR</i>	<i>European Prison Rules</i>
<i>ezv</i>	<i>extra zorgvoorziening</i>
<i>FOBA</i>	<i>forensische observatie-en begeleidingsafdeling voor crisisinterventie</i>
<i>fpa</i>	<i>forensisch psychiatrische afdeling</i>
<i>fpc</i>	<i>forensisch psychiatrisch centrum</i>
<i>fpk</i>	<i>forensisch psychiatrische kliniek</i>
<i>ggz</i>	<i>geestelijke gezondheidszorg</i>
<i>hvb</i>	<i>huis van bewaring</i>
<i>iba</i>	<i>individuele begeleidingsafdeling</i>
<i>IFZ</i>	<i>Indicatiestelling Forensische Zorg</i>
<i>IFZO</i>	<i>Informatievoorziening Forensische Zorg</i>
<i>IGZ</i>	<i>Inspectie voor gezondheidszorg</i>
<i>isd</i>	<i>inrichting voor stelselmatige dader</i>
<i>ISS</i>	<i>Inkomsten, Screening en Selectie</i>
<i>ISt</i>	<i>Inspectie voor de sanctietoepassing (tegenwoordig Inspectie VenJ)</i>
<i>mmd-er</i>	<i>medewerker maatschappelijke dienstverlening</i>
<i>mdo</i>	<i>multidisciplinair overleg</i>
<i>MGW</i>	<i>Modernisering gevangeniswezen</i>
<i>NIFP</i>	<i>Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie</i>
<i>Pbw</i>	<i>Penitentiaire beginselenwet</i>
<i>PI</i>	<i>penitentiaire inrichting</i>
<i>piw-er</i>	<i>penitentiair inrichtingswerker</i>
<i>pmo</i>	<i>psycho- medisch overleg</i>
<i>ppc</i>	<i>penitentiair psychiatrisch centrum</i>
<i>RIBW</i>	<i>Regionale Instelling voor Beschermd Wonen</i>
<i>RISc</i>	<i>Recidive Inschattingschalen</i>
<i>RVZ</i>	<i>Raad voor Volksgezondheid en Zorg</i>
<i>TR</i>	<i>Terugdringen recidive</i>
<i>tbs</i>	<i>terbeschikkingstelling</i>
<i>VenJ</i>	<i>Veiligheid en Justitie</i>
<i>VFZ</i>	<i>Vernieuwing Forensische Zorg</i>
<i>VWS</i>	<i>Volksgesondheid, Welzijn en Sport</i>
<i>WODC</i>	<i>Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum</i>
<i>WHO</i>	<i>World Health Organisation</i>
<i>zbiw-er</i>	<i>zorgbehandeling inrichtingswerker</i>
<i>(z)bbi</i>	<i>(zeer) beperkt beveiligde inrichting</i>



# 1. Aanleiding en context voor dit advies

## 1.1 Achtergrond en doel advies

De geestelijke gezondheidszorg voor gedetineerden is de laatste jaren sterk in ontwikkeling en zal dat voorlopig ook nog wel blijven. Drie ‘mijlpalen’ in deze ontwikkeling zijn de volgende.

Eind 2006 presenteerde het kabinet het plan van aanpak voor het programma Vernieuwing Forensische Zorg om de forensische zorg in strafrechtelijk kader te verbeteren. Centraal hierin stond de overheveling van het budget voor forensische zorg naar de Justitiebegroting.<sup>2</sup> Ter bestrijding van tekorten aan geschikte plaatsen voor diverse categorieën zorgbehoevende gedetineerden werd onder meer aangekondigd de toen bestaande kleinschalige zorgvoorzieningen te concentreren op een vijftal locaties (later aangeduid als penitentiaire psychiatrische centra, ppc’s) en tegelijkertijd de beschikbare 500 plaatsen uit te breiden tot 1200 in 2010.

Een tweede belangrijke ontwikkeling werd eind 2008 ingezet met het programma Modernisering Gevangeniswezen<sup>3</sup>. In het kader van het kabinetsstreven om de recidive met 10%-punt te verminderen werd een persoonsgerichte aanpak geïntroduceerd met het doel het levenspatroon van gedetineerden te doorbreken. Maatregelen die verder in dit programma werden ondergebracht en grotendeels in 2010 moesten worden ingevoerd, betreffen de invoering van een gestandaardiseerde screening van gedetineerden, de introductie van de extra zorgvoorziening (ezv) als opvolger van de bijzondere zorgafdeling, de al genoemde uitbreiding en concentratie van zorgplaatsen in vijf ppc’s en een verbeterde uitvoering van de isd-maatregel.<sup>4</sup>

Een derde, met voorgaande ontwikkelingen samenhangende, mijlpaal betreft de invoering van de Wet forensische zorg, volgens de planning van het kabinet in 2013. De sinds 2008 bestaande situatie dat de minister van Veiligheid en Justitie (VenJ) verantwoordelijk is voor de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg voor personen die met justitie in aanraking zijn gekomen, krijgt dan een wettelijke basis. Volgens de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is het de bedoeling om gedetineerden waar nodig en mogelijk in een ggz-instelling te plaatsen of, als dit vanuit maatschappelijke veiligheid niet wenselijk is, in een ppc. Dit uitgangspunt wordt aangeduid als het ‘ggz-tenzij’-principe. De verwerkelijking van dit principe gaat, zacht gezegd, niet zonder slag of stoot. Zwemstra constateerde in zijn proefschrift in 2009 al dat “de afgelopen 30 jaar ondanks het steeds herhaalde beleidsmatige uitgangspunt van het zoveel mogelijk inzetten op zorg voor deze patiëntengroepen (psychiatrisch gestoorde justitiabelen, red.) door de algemene psychiatrie, de maatschappelijke werkelijkheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met grensoverschrijdend gedrag feitelijk tegenovergesteld geëvolueerd is”.<sup>5</sup>

In het gevangeniswezen zijn voormalige zorgafdelingen zoals de bza (bijzondere zorgafdelingen, die in elke gesloten penitentiaire inrichting aanwezig waren) en de landelijke differentiaties (b)iba (beveiligde-individuele begeleidingsafdeling), de FOBA (forensische observatie- en begeleidingsafdeling voor crisisinterventie) en de forensische schakelunits<sup>6</sup> de afgelopen jaren omgevormd en vervangen door

<sup>2</sup> Naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie Houtman en de parlementaire onderzoekscommissie tbs, Kamerstukken II, 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr. 48.

<sup>3</sup> Modernisering gevangeniswezen was de opvolger van het programma Detentie en behandeling op maat voor volwassen gedetineerden (DBM-v). Het kan ook worden gezien in het licht van (onderdelen van) eerdere programma's als Veiligheid begint bij Voorkomen en Modernisering Sanctietoepassing. Kamerstukken II, 2006-2007, 24 587, nr. 225.

<sup>4</sup> Voor gebruikte afkortingen, zie de lijst voor in het advies.

<sup>5</sup> Zwemstra 2009, p. 154.

<sup>6</sup> Andere landelijke afdelingen waren LAA (landelijke afzonderingsafdeling voor strafsituaties), BGG (afdelingen voor beperkt gemeenschapsgeschiedte gedetineerden) en LABG (voor gedetineerden met beheersproblemen); deze zijn opgegaan in drie landelijke afdelingen Beheersproblematische Gedetineerden (BPG).

nieuwe zorgafdelingen, namelijk de ezv (die in principe in elke inrichting aanwezig is) en de al genoemde vijf ppc's. Doel van de ezv is een voorziening te creëren tussen de basiszorg in standaardafdelingen en de tweedelijnsgezondheidszorg in geconcentreerde zorglocaties<sup>7</sup>. Als de ggz de gevraagde zorg niet kan leveren of plaatsing in de ggz vanuit maatschappelijk oogpunt niet gewenst is, wordt de gedetineerde in een ppc geplaatst.

Zowel ezv's als ppc's bestaan nog relatief kort en worden thans in de praktijk vormgegeven. In 2011 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een eerste rapport over de ppc's uitgebracht, waarin deze concludeerde dat "alle ppc's in de randvoorwaardelijke sfeer voldoen aan de minimale voorwaarden voor verantwoorde zorg". Wel is er volgens de IGZ nog "een belangrijk risico voor de kwaliteit van zorg: de ppc's hebben niet de beschikking over een integraal en goed toegankelijk patiëntendossier. Informatieoverdracht en verantwoording van handelen is zo onvoldoende geborgd"<sup>8</sup>.

De aard en omvang van de psychische problematiek onder gedetineerden onderstrepen de noodzaak tot goede zorgverlening tijdens detentie. Eenduidige prevalentiecijfers ontbreken, onder meer als gevolg van definitieverschillen, maar er bestaat geen discussie over dat (zeer) veel gedetineerden kampen met psychische stoornissen, waarbij verslavingsproblematiek veel voorkomt. Onderzoek in binnen- en buitenland toont aan dat 80 tot 90% van de gedetineerden in westerse detentiecentra in hun leven ooit één of meer psychiatrische stoornissen hebben gehad, met inbegrip van verslaving en persoonlijkheidsstoornissen<sup>9</sup>.

Om bij de verdere ontwikkelingen een naar inzicht van de Raad zo gunstig mogelijk eindresultaat te bereiken, worden in dit advies de actuele stand van zaken in de forensische zorg tijdens detentie in beeld gebracht en hierover aanbevelingen gedaan. Het gaat niet alleen om de (door-)ontwikkeling van de ppc's, maar om de gehele zorgketen binnen het gevangeniswezen. Gelet op het feit dat de ezv's en de ppc's nog niet zo lang bestaan, gaat het de Raad niet om het vaststellen van aanloopproblemen of kinderziektes, maar om het doen van verbetervoorstellen in verband met meer structurele beperkingen in het zorgsysteem.

Het doel van dit advies is de recente en verwachte ontwikkelingen van zorg tijdens detentie in beeld te brengen en te beoordelen en de staatssecretaris van VenJ op grond daarvan te adviseren over de gewenste verdere ontwikkeling van forensische zorg tijdens detentie. Centraal in het advies staat de vraag of deze zorg thans kwalitatief en kwantitatief op orde is, gelet op eerder geformuleerde uitgangspunten en aanbevelingen van de Raad<sup>10</sup> en gelet op actuele (inter-)nationale inzichten.

Meer concreet worden de volgende vragen beantwoord.

Met betrekking tot de *feitelijke en de te verwachten* situatie:

- Wat is bekend over de *behoefte* aan zorg tijdens detentie in kwalitatieve en kwantitatieve zin?
- Hoe verloopt de *screening, diagnostiek en indicatiestelling* van gedetineerden met een psychisch of psychiatrisch probleem (wie wordt wanneer en op welke gronden waarvoor geselecteerd?) Op welke gronden vindt bijvoorbeeld overplaatsing naar de ggz plaats?
- Welke *zorg* wordt geboden in de ezv, de ppc's, de isd-units en eventueel elders in de penitentiaire inrichtingen (kwalitatief, kwantitatief)? Wat zijn de uitgangspunten en doelstellingen bij de geleverde zorg, gelet op de problematiek?
- Welke ontwikkelingen zijn op dit terrein de komende jaren nog te verwachten?

<sup>7</sup> J. Kuyvenhoven en C. Herstel, In: Van Marle et al. 2008, p. 120.

<sup>8</sup> IGZ 2011, p. 5-13.

<sup>9</sup> Bulten en Nijman 2009. Voor de in dit advies gehanteerde begrippen wordt verwezen naar paragraaf 1.3.

<sup>10</sup> RSJ 2007a.

Met betrekking tot de *uitgangspunten van de Raad en de door hem gewenste situatie*:

- In hoeverre zijn de in het eerdere advies van de Raad over zorg tijdens detentie opgenomen uitgangspunten nog van toepassing, dan wel verdienen deze in het licht van ontwikkelingen in binnen- en buitenland aanpassing of aanvulling?

Beantwoording van deze laatste vraag komt aan de orde in hoofdstuk 3. De conclusies ten aanzien van de overige vragen worden in hoofdstuk 5 samengevat.

In dit advies wordt een beeld geschetst van de huidige (en toekomstige) contouren van de zorg aan gedetineerden met een psychische stoornis. Door de feitelijke situatie te confronteren met de gewenste wil de Raad bezien of deze zorg adequaat wordt vormgegeven. Daarbij zal onder andere aandacht worden besteed aan de vraag welk deel van de populatie wordt bereikt, in hoeverre adequate, goed georganiseerde forensische zorg zou kunnen bijdragen aan het voorkomen van recidive en of en welke verdere doelstellingen hierbij nastrevenswaardig zijn.

## 1.2 Beschrijving relevante begrippen

Onder *forensische zorg* wordt in dit advies, in navolging van het Interimbesluit Forensische zorg en het Wetsvoorstel forensische zorg, verstaan:

“geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel uitmaakt van een al dan niet voorwaardelijke straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.”

Dit advies betreft de forensische zorg die tijdens *detentie* wordt verleend. Dat is slechts een deel van de totale forensische zorg. Bijlage 1 bevat een overzicht van alle strafrechtelijke titels en bekostigingsgrondslagen.

Bij *klinische zorg* is er sprake van zorg in een 24-uurs verblijfsetting waarbij ook behandeling wordt geboden. Klinische zorg kent verschillende niveaus van beveiliging en zorgintensiteit. De hoogst beveiligde en meest intensieve vorm van forensische zorg wordt geleverd door de forensisch psychiatrische centra (fpc's), de forensisch psychiatrische klinieken (fpk's) en forensisch psychiatrische afdelingen (fpa's).

Een *fpc* (voorheen tbs-kliniek) heeft het hoogste beveiligingsniveau. Een *fpk* is een gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) met een in oorsprong uitsluitend klinisch aanbod voor personen met een behoefte aan zorg en behandeling in strafrechtelijk kader. De fpk's zijn voorzieningen met behandeling als prioriteit, maar met voldoende beveiligingsmogelijkheden. Een fpk maakt altijd deel uit van een multifunctionele ggz-organisatie. Een *fpa* heeft als doelstelling patiënten door te plaatsen naar de reguliere zorg. In de meeste gevallen is de fpa een aparte eenheid binnen de ggz-instelling, soms gehuisvest of gekoppeld aan een andere afdeling voor intensieve langdurige zorg. Hier worden cliënten intensief behandeld, waarna ze worden doorverwezen naar een 'gewone' afdeling of naar elders in de ggz. Fpa's zijn in materiële zin minder beveiligd dan de fpk's.<sup>11</sup>

In de verslavingszorg wordt de meest intensieve zorg en beveiliging geboden in forensische verslavingsklinieken (fvk's) en forensische verslavingszorgafdelingen (fva's). In de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt deze geboden in de klinieken voor zorg aan 'sterk gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten' (sglvg +-voorzieningen).

Daarnaast kennen alle drie de segmenten reguliere, minder beveiligde klinische zorgafdelingen.

<sup>11</sup> <http://www.efp.nl/forensische-psychiatrie>.

Met de term *psychische stoornis* wordt in dit advies bedoeld op stoornissen die het geestvermogen van een persoon betreffen. Het DSM-IV-classificatiesysteem onderscheidt onder meer de volgende groepen stoornissen:<sup>12</sup>

- stoornissen meestal voor het eerst gediagnosticeerd in de zuigelingentijd, kindertijd of adolescentie (verstandelijke handicap of zwakzinnigheid, pervasieve ontwikkelingsstoornis, ADHD, gedragsstoornis, leerstoornis);
- psychische stoornissen te wijten aan een algemene lichamelijke niet elders geclassificeerde toestand;
- middelengebonden stoornissen (drugs, alcohol en medicijnen);
- schizofrenie en andere psychotische stoornissen;
- stemmingsstoornissen (depressieve en bipolaire stoornissen);
- angststoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen (bijvoorbeeld antisociale of borderlinestoornis).

Iemand kan aan verschillende stoornissen tegelijk lijden. Dit wordt aangeduid als comorbiditeit.

Personen met een zelfde diagnose kunnen zich heel verschillend presenteren, onder meer samenhangend met het beloop van de ziekte en het toestandsbeeld op een bepaald moment. Onderzoek onder gedetineerden laat zien dat het lijden aan een psychische stoornis volgens de DSM-criteria zeker niet hoeft te betekenen dat de betreffende gedetineerde een behoefte aan hulp ervaart.<sup>13</sup> Een verklaring die daarbij werd genoemd, is dat angst voor stigmatisering en het verlies van het zelfbeeld in de detentiecultuur een belangrijke rol spelen. De vermijding van zorg wordt daarnaast mede bepaald door angst voor behandeling. Paradoxaal is dat uit hetzelfde onderzoek bleek dat deze angst voor behandeling groter was naarmate ook de zelf gerapporteerde ernst van de psychische klachten (en daarmee dus de noodzaak voor behandeling) groter was. Overigens is het een bekend verschijnsel dat weerstand tegen behandeling onderdeel van (bepaalde) stoornissen kan zijn.

### 1.3 Afbakening en aanpak

Het adviesonderwerp is breed en complex, mede omdat dit terrein nog in ontwikkeling is. De Raad richt zich, zoals de titel al aangeeft op de *zorg die in detentie*, dus tijdens het verblijf in een penitentiaire inrichting, aan gedetineerden met een psychische stoornis wordt verleend. Het advies heeft daarmee betrekking op volwassenen, zowel op voorlopig gehechten als op personen die een opgelegde vrijheidsstraf uitzitten, al dan niet gecombineerd met een (isd- of tbs-) maatregel.

Waar relevant en nodig voor de lijn van het advies zal naar specifieke problematiek van bepaalde groepen (zoals tbs-gestelden met een combinatievonnis of verslaafden) worden verwezen. Het is echter niet de bedoeling om een uitputtende beschrijving te geven van alle mogelijke zorgmodaliteiten voor alle verschillende zorgbehoevende gedetineerden.<sup>14</sup>

Tbs-passanten, dat wil zeggen personen die tweederde van de vrijheidsstraf hebben uitgezeten en wachten op een plaats in een van de forensisch psychiatrische centra (fpc's, fpk's, fpa's), vallen onder de reikwijdte van dit advies, in tegenstelling tot tbs-gestelden die reeds in dergelijke fpc's zijn geplaatst.<sup>15</sup> De (ambulante) forensische zorg voor personen die een andere sanctie dan een vrijheidsstraf ondergaan, blijft eveneens buiten beschouwing.

<sup>12</sup> Voor een complete opsomming van de stoornissen en een korte toelichting wordt verwezen naar Van Marle et al. 2008, p. 84- 104.

<sup>13</sup> Bulten en Nijman 2009, p. 5.

<sup>14</sup> De Raad brengt binnenkort separaat een advies uit over zorg aan verstandelijk beperkte gedetineerden en gaat in dit advies om die reden verder niet expliciet in op deze categorie.

<sup>15</sup> Ook de zorg die wordt verleend aan in vreemdelingenbewaring gestelde personen wordt buiten beschouwing gelaten. Later zal de opportuniteit worden gezien van een advies over de forensische zorg in centra voor vreemdelingenbewaring.

### Methodiek

De Raad maakt gebruik van beschikbare (onderzoeks-)gegevens, rapporten en beleidsstukken en plaatst deze in het perspectief van (inter-) nationale ontwikkelingen en eigen inzichten. Op grond van werkbezoeken, interviews met praktijkdeskundigen<sup>16</sup> en met name schriftelijke bronnen ontstaat een beeld van wie wanneer op welke gronden zorg krijgt. Daarnaast zijn de reacties van commissies van toezicht verwerkt die de Raad desgevraagd ontving nadat een van de commissies zijn zorgen had geuit over de behoefte en onvoldoende beschikbaarheid aan psychiatrische bijstand (zie paragraaf 4.2). Een conceptversie van dit advies is voor een check op feitelijke onjuistheden aan het departement en de DJI voorgelegd.

### Relatie met andere rapporten en adviezen

Door naar de zorg tijdens detentie te kijken, is dit advies in zekere zin aanvullend aan het door de IGZ en ISt in gang gezette onderzoek naar de ketenzorg, waarbij vooral de situatie *voorafgaand* en *na afloop* van detentie in beeld wordt gebracht<sup>17</sup>. Deze voorafgaande zorg en de nazorg blijven in dit advies dus buiten beschouwing. Eind juli 2012 verscheen het rapport *Stoornis en delict* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg<sup>18</sup>, dat zich richt op de verbetering van de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere ggz en in die zin eveneens complementair is aan dit advies. Omdat de informatieverzameling voor dit advies toen al was afgerond, konden bevindingen uit het RVZ-rapport niet meer uitgebreid worden verwerkt. Wel wordt ingegaan op de belangrijkste bevindingen en conclusies.

### 1.4 Aard en omvang psychische problematiek tijdens detentie

Jaarlijks stroomt een groot aantal personen het gevangeniswezen in, al neemt dit aantal de laatste jaren enigszins af. Gingen in 2006 nog bijna 45.000 personen naar de gevangenis, in 2011 bedroeg dat aantal iets minder dan 40.000.<sup>19</sup> De gemiddelde leeftijd blijft stabiel op 34 jaar; circa 92% daarvan is man. Dat een substantieel deel van hen uiteindelijk maar kort in de gevangenis verblijft en op welke grondslag dit plaatsvindt, blijkt uit de uitstroomcijfers in tabel 1.

Tabel 1 Detentieduur uitstroom gevangeniswezen per categorie 2011

	Voorl. hecht. geschorst, beëindigd of vonnis zonder restant	Vonnis langer dan voorlopige hechtenis	Arrestanten, zelfmelders	Onbekend	Totaal aantal gedetineerden (in %)
<2 weken	2.040	189	8.665	49	10.943 (27%)
2 wkn- < 1 mnd	2.386	658	5.920	9	8.973 (22%)
1 mnd- < 3 mnd	3.126	1.498	4.276	40	8.940 (22%)
3 mnd- < 6 mnd	2.050	1.690	1.230	25	4.995 (12%)
6 mnd- < 1 jaar	662	2.043	495	30	3.230 (8%)
1 jaar en meer	124	2.499	241	12	2.876 (7%)
Onbekend	0	0	5	627	632 (2%)
Totaal (aantal gedetineerden)	10.388	8.577	20.832	792	40.589 (100%)

Bron: DJI 2012a, p. 42

<sup>16</sup> Bijlage 2 bevat een lijst van instellingen die bezocht zijn en personen met wie gesproken is.

<sup>17</sup> De IGZ en ISt verrichten in 2012 gezamenlijk onderzoek naar de "ketenzorg" voor gedetineerden met psychische en psychiatrische problematiek. De inspecties richten zich vooral op de aansluiting van zorg (voor- en nazorg) op netwerk- en casusniveau, met name op veelplegers (isd-ers). Dit onderzoek is een vervolg op een in 2010 uitgevoerd onderzoek. De verwachte publicatiedatum is nog niet bekend.

<sup>18</sup> RVZ 2012.

<sup>19</sup> De totale instroom bedroeg 39.866 personen, waarvan 33.359 unieke personen, DJI 2012a, p. 11.



Tabel 1 laat zien dat 49% van de personen die in 2011 de gevangenis verlieten, korter dan een maand in de gevangenis verbleven. Circa driekwart van deze kortverblijvenden was arrestant of zelfmelder; ruim een vijfde was voorlopig gehecht in een huis van bewaring. Van alle gedetineerden verbleef 27% langer dan drie maanden in een huis van bewaring of gevangenis. De in de regel korte verblijfsduur is in zoverre relevant voor de zorgverlening dat ze beperkingen meebrengt voor de mogelijkheden van diagnostiek en behandeling tijdens detentie. De aanpak is bij kortverblijvende gedetineerden niet principieel anders, maar het is voorstelbaar dat de korte verblijfsduur op casusniveau tot beperktere ambities leidt. In hoofdstuk 4 en 5 wordt hierop teruggekomen.

Het WODC heeft berekend dat ongeveer een kwart (28%) van de gedetineerden voor detentie contact heeft gehad met een zorginstelling<sup>20</sup>, omgerekend betreft dit ruim 11.000 personen. In de meeste gevallen gaat het om contact met verslavingszorg (53%) of om psychiatrische zorg (33%).

Onderzoek laat zien dat de prevalentie van gedetineerden met een psychische stoornis enorm groot is. De IGZ constateert dat “uit diverse studies blijkt dat 70 à 90% van de gedetineerden ooit in hun leven een psychiatrische stoornis had of nog heeft”<sup>21</sup> Bulten en Nijman geven zelfs aan dat dit geldt voor 80 tot 90% van de gedetineerden.<sup>22</sup> In zijn proefschrift stelt Zwemstra dat uit meerdere prevalentie-onderzoeken bij verschillende groepen gedetineerden de volgende problematiek naar voren komt<sup>23</sup>:

- persoonlijkheidsstoornissen met vooral cluster-B kenmerken (antisociaal, narcistisch, borderline, paranoïde kenmerken): 50%;
- DSM-IV as-I problematiek (psychiatrische ziekten in engere zin zonder verstandelijke handicaps, persoonlijkheidsstoornis en verslaving): 15%;
- psychosen: circa 6%;
- verslavingsproblematiek (alcohol en drugs): 40%;

zwakbegaafdheid en verstandelijke handicap: rond 15%.

Het WODC leidt uit verschillende onderzoeken af dat 23 tot 52% van de justitiabelen kampt met problematisch drugsgebruik, dat 30 tot 65% van de justitiële drugsgebruikers – grosso modo de helft – comorbide psychiatrische problematiek kent, terwijl zo'n 15 tot 39% van hen een verstandelijke beperking zou kunnen hebben.<sup>24</sup> Een grove schatting van het WODC luidt dat 250 tot 1.150 gedetineerden in het gevangeniswezen verblijven die kampen met meervoudige problematiek. De onderzoekers stellen dat dit een onderschatting kan zijn, vooral van de problematiek van personen met een lichte verstandelijke beperking, die niet goed in beeld te brengen is.

Onderzoek naar gedetineerden op een reguliere (dat wil zeggen niet in zorg gespecialiseerde) afdeling binnen een penitentiaire inrichting wijst op een *actuele stoornis* op as I van de DSM (waaronder verslaving) bij 56% van de gedetineerden. Inclusief persoonlijkheidsstoornissen bedroeg de prevalentie zelfs 68%.<sup>25</sup>

Zoals gezegd is onomstreden dat een zeer groot aantal gedetineerden bekend is met psychische problematiek<sup>26</sup>. De vraag bij dergelijke aantallen is wat in de verschillende regimes (basis, ezv, ppc) aan zorg

<sup>20</sup> More en Weijters 2011, p.12. Zie ook par. 2.1.

<sup>21</sup> IGZ 2011, p.5.

<sup>22</sup> Bulten en Nijman 2009, p 1-3.

<sup>23</sup> Zwemstra 2009, p. 39.

<sup>24</sup> Kaal et al 2009, p.7.

<sup>25</sup> Zie ook Bulten en Nijman 2009, p. 3.

<sup>26</sup> Uit onderzoek is bekend dat bepaalde stoornissen onevenredig vaak voorkomen onder gedetineerden. Zie Van 't Land et al. 2008.



en behandeling kan en mag worden verwacht. De ppc's bijvoorbeeld vormen circa 5% van het totaal aantal plaatsen in het gevangeniswezen.<sup>27</sup>

De weg naar zorg begint met het *onderkennen* van de zorgbehoefte. In de penitentiaire inrichting gebeurt dit door middel van indicatiestelling door het psychomedisch overleg (pmo, zie verder paragraaf 4.1). De zorgbehoefte kan uiteenlopen van ambulante geestelijke gezondheidszorg die binnen een gevangenis wordt verleend tot klinische zorg, waarvoor overplaatsing naar een ppc of ggz nodig is. Op basis van deze indicatiestellingen is in principe een beeld te schetsen van aantal en aard van de psychische problematiek waarvan wordt onderkend dat deze specifieke ambulante of klinische zorgverlening vraagt. Hierover zijn gegevens ontvangen van het NIFP (voor de klinische zorg) en de DJI (voor de ambulante zorg). Tabel 2 bevat de door het NIFP vastgestelde indicaties in 2010 en 2011. Vooraf zij opgemerkt dat de indicatiestellingen door het NIFP deels voorlopig gehechten betreffen die naderhand niet schuldig worden verklaard, als gevolg waarvan deze trajecten worden stopgezet (dit betreft een deel van de categorie 'onbekend' in onderstaande tabel<sup>28</sup>).

Tabel 2 Indicatiestellingen NIFP naar DBBC-hoofdgroep<sup>29</sup>

Indicatiestellingen	2010	In %	2011	In %
Stoornissen vastgesteld in de kindertijd (zoals verstandelijke beperking, autisme en ADHD)	81	4%	227	9%
Middelengebonden stoornissen	222	12%	560	23%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	313	17%	375	15%
Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing	8	0%	8	0%
Seksuele stoornissen en geslachtsidentiteitsstoornissen	39	2%	41	2%
Stoornissen in de impulscontrole	46	3%	17	1%
Restgroepdiagnoses	104	6%	302	12%
Diagnostiek	34	2%		
Geen behandeling naast verblijf	1	0%		
Begeleiding	11	1%		
Onbekend	980	53%	936	38%
Totaal	1839	100%	2466	100%

Bron: NIFP/ IFZ (bewerking RS)

Hoewel de gegevens in tabel 2 als gevolg van het grote aandeel 'onbekend' met terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd, zijn er wel enige voorzichtige conclusies uit te trekken. Voor zover psychiatrische diagnoses zijn gesteld, hebben deze vooral betrekking op de middelengebonden stoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen en op stoornissen vastgesteld in de kindertijd.<sup>30</sup>

Een tweede, belangrijker gegeven is dat het aantal *klinische indicatiestellingen* (lees: doorplaatsingen naar gespecialiseerde zorgvoorzieningen) gerelateerd alleen al aan de in- en uitstroom van gedetineerden erg beperkt is: in 2011 betrof het circa 2.500 indicatiestellingen, ongeveer 6% van de instroom (zie tabel 1).

<sup>27</sup> DJI 2012a, p. 32.

<sup>28</sup> Volgens het NIFP was in 2010 en 2011 de vulling van het informatiesysteem deels onvolledig omdat dit systeem nog niet voldoende gebruiksvriendelijk was.

<sup>29</sup> De rubricering is gebaseerd op de DSM-IV-classificatie, maar bevat een aantal extra categorieën voor gevallen waarin de diagnose nog niet gesteld is dan wel geen behandeling vereist.

<sup>30</sup> Dit beeld komt wat problematiek betreft globaal overeen met de voor 2013 door DForZo ingekochte forensische zorg (zie DJI 2012c, p.18).

Het aandeel indicatiestellingen is nog kleiner wanneer deze wordt gerelateerd aan de totale populatie van justitiabelen waarop dit gegeven betrekking heeft. Het NIFP verwacht overigens in 2012 en 2013 een verdere stijging van het aantal indicatiestellingen. Echter ook wanneer bovenstaande cijfers worden vergeleken met de uit onderzoek blijkende prevalentie van stoornissen, is het aantal klinische indicatiestellingen erg beperkt.

Ten aanzien van de door de pmo's gestelde indicaties voor *ambulante* ggz stelde de DJI uit het registratiesysteem IFZO de volgende informatie ter beschikking. In het eerste halfjaar van 2012 werden 643 indicaties gesteld, die per eind juli hadden geleid tot 370 gerealiseerde zorgcontacten, terwijl er nog 218 in behandeling waren en 55 niet tot stand gekomen of weer gestopt. Aangezien nog lang niet alle indicaties worden geregistreerd, gaat de DJI ervan uit dat het aantal ambulante zorgmeldingen in deze periode rond de 800 ligt. Gerelateerd aan het totaal aantal in- en uitstromende gedetineerden, is ook dit aantal echter relatief beperkt. De Raad schat op grond van de via het NIFP en IFZO verkregen gegevens dat het aandeel indicatiestellingen ten opzichte van de totale instroom gedetineerden circa 10% bedraagt. Terzijde kan worden opgemerkt dat het aantal indicatiestellingen per inrichting nogal uiteenloopt. Verschillen naar bestemming (huis van bewaring of gevangenis, standaardafdelingen, ezv's, ppc's of isd) zou mogelijk meer inzicht in de achtergrond hiervan kunnen opleveren, maar de registratie wordt nog niet op dit niveau uitgesplitst.

### 1.5 Relatie tussen psychische stoornis en (voorkomen van) delictgedrag

Over de precieze relatie tussen psychische stoornissen en delinquent gedrag is vrij weinig bekend. Onderzoek wijst op een verhoogde kans op criminaliteit bij bepaalde stoornissen en specifieke psychiatrische problemen. Behalve actieve psychotische stoornissen spelen onder andere psychopatie en verslaving een rol in een complex proces dat kan leiden tot gewelddadig gedrag.<sup>31</sup> Het WODC stelt dat verslavingsproblematiek de drempel tot crimineel gedrag verlaagt en ertoe leidt dat de delicten in ernst en frequentie toenemen.<sup>32</sup> Andersom constateren de onderzoekers dat zorg een belangrijke factor is bij het terugdringen van recidive (herhalingscriminaliteit) van verslaafde gedetineerden. Zwemstra komt na een verkenning van recente literatuur bij vier categorieën gedetineerden, te weten psychotische gedetineerden, seksuele delinquenten, verslaafden en gedetineerden met agressieregulatieproblematiek, tot de conclusie dat alléén bij verslavingsprogramma's tijdens of aansluitend op detentie recidiveverminderende effecten worden aangetoond, zij het beperkt.

### 1.6 Leeswijzer

Voor een goed begrip van het adviesonderwerp en de huidige stand van zaken daarvan, worden in hoofdstuk 2 allereerst chronologisch de belangrijkste voorafgaande en aanpalende ontwikkelingen geschetst in beleid en regelgeving op het terrein van de forensische zorg. Paragraaf 2.1 beschrijft de ontwikkelingen in de aanbodkant (d.w.z. gericht op de ontwikkeling van voorzieningen); paragraaf 2.2 de ontwikkelingen in de vraagkant (d.w.z. invloed hebbend op de behoefte); paragraaf 2.3 bevat een typering van de doelstellingen die met het wetsvoorstel forensische zorg op systeemniveau worden beoogd.

In hoofdstuk 3 kijkt de Raad terug op eerdere adviezen en belangrijke (inter-) nationale ontwikkelingen en worden uitgangspunten voor de gewenste situatie gegeven.

Hoofdstuk 4 bevat een uitvoerige feitelijke beschrijving van de bestaande forensische zorg tijdens detentie en de daarbij naar voren komende knelpunten.

<sup>31</sup> Bulten et al. 1999, p. 580-581.

<sup>32</sup> Kaal et al. 2009, p. 11.

Na een algemene paragraaf met onderwerpen die voor meer regimes van belang zijn (4.1) wordt aandacht besteed aan de forensische zorgverlening in het basisregime (4.2), de ezv (4.3), het ppc (4.4), de isd (4.5) en de uitstroom naar de ggz (4.6).

Hoofdstuk 5 tenslotte bevat na een algemene inleiding (5.1) de conclusies ten aanzien van de adviesvragen (5.2) en de aanbevelingen ten aanzien van de belangrijkste knelpunten (5.3).



## 2. Het beleid ten aanzien van de forensische zorg in vogelvlucht

Voor een goed begrip van de stand van zaken op het terrein van de forensische zorg tijdens detentie, wordt in dit hoofdstuk allereerst een voornamelijk chronologisch beeld geschetst van de relevante ontwikkelingen in beleid en regelgeving zowel in de aanbodkant (paragraaf 2.1) als in de vraagkant (paragraaf 2.2). Paragraaf 2.3 bevat een typering van de doelstellingen op systeemniveau die met het wetsvoorstel Forensische zorg worden beoogd. De lezer die (alleen) geïnteresseerd is in het ten aanzien van de verschillende regimes (ezv, ppc, isd) gevoerde beleid, wordt verwezen naar de desbetreffende paragrafen in hoofdstuk 4.

### 2.1 Beleidsontwikkelingen, gericht op de voorzieningen

In 2004 constateerde Eerste Kamerlid Van de Beeten in een motie dat er onvoldoende samenhang was tussen de curatieve en penitentiaire voorzieningen en hij verzocht de regering hier iets aan te doen.<sup>33</sup> De werkgroep Houtman stelde vervolgens in 2005 vast dat het verschil in werkwijze, sturing en financiering tussen Justitie en VWS belangrijke overgangsproblemen gaf. Als oplossing werd voorgesteld om de financiering van alle forensische zorg via het ministerie van Justitie te laten lopen, met gebruikmaking van begrippen en bekostigingssystematiek uit de ggz.

In 2006 onderschreef de commissie Parlementair onderzoek tbs (commissie Visser) deze aanbevelingen, waarna het kabinet de voorstellen overnam en een plan van aanpak opstelde. Vervolgens is het programma Vernieuwing Forensische Zorg ingericht, waarbinnen procedures zijn ontwikkeld voor de wijze van indiceren, plaatsing, inkoop en bekostiging van zorg. In 2008 is het AWBZ-budget, voor zover dit betrekking had op justitiabelen, daadwerkelijk overgeheveld van het ministerie van VWS naar het ministerie van VenJ. Op 1 januari 2008 startte de Directie Forensische Zorg (DForZo) van DJI met de inkoop van forensische zorg voor justitiabelen. In juni 2010 is bij de Tweede Kamer het wetsvoorstel Wet forensische zorg ingediend, waarin de brede stelselherziening ten aanzien van de forensische zorg wordt geregeld. Of de voorziene datum van inwerkingtreding (1 januari 2013) wordt gehaald, is thans nog niet duidelijk. Tussentijds vormt het Interimbesluit forensische zorg de wettelijke basis voor het verlenen van dit type zorg.<sup>34</sup> Behalve genoemde maatregelen om de samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen te verbeteren, beval eerdergenoemde commissie Visser aan om "(...) te onderzoeken of een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis een bijdrage kan leveren aan de huidige capaciteitsproblemen (...)"

Samenhangend met deze ontwikkelingen op het terrein van de forensische zorg heeft het ministerie van VenJ sinds 2007 grootschalige verandertrajecten in gang gezet in en rond het gevangeniswezen zoals het programma Modernisering Gevangeniswezen (MGW), het programma nazorg en de inrichting van de veiligheidshuizen. Op de voor dit advies relevante maatregelen uit en consequenties van het programma MGW is in paragraaf 1.1. reeds ingegaan.

Met de veiligheidshuizen wordt een betere samenwerking tussen ketenpartners op casusniveau beoogd, onder meer door deelname van zorgaanbieders. Inmiddels bestaat er een landelijk dekkend netwerk van veiligheidshuizen. De veiligheidshuizen verschillen in reikwijdte en werkwijze bestaan.

Het doel van het programma nazorg is te regelen dat ex-gedetineerden bij ontslag uit detentie kunnen beschikken over onderdak, inkomen, een geldig identiteitsbewijs, waar nodig schuldhulpverlening en, eveneens waar nodig, *een vastgestelde en gerealiseerde zorgbehoefte*. Het WODC heeft in 2011 een tweede meting gedaan naar de stand van zaken en stelde vast dat in 2009 ongeveer een kwart (28%) van de

<sup>33</sup> Kamerstukken I, 2003 – 2004, 28 979 E, Van Marle et al. 2008, p. 110 e.v.

<sup>34</sup> Stb. 2010, 23 december nr. 875, gewijzigd op 27 maart 2012.

gedetineerden voor detentie contact had gehad met een zorginstelling. In de meeste gevallen ging het om contact met verslavingszorg (53%) of om psychiatrische zorg (33%).<sup>35</sup> Of dit contact tijdens detentie toe- of afneemt kon het WODC – opvallend genoeg – niet vaststellen omdat er “geen informatie aanwezig is over de situatie op deze leefgebieden (schulden en zorgcontact) op het moment van ontslag uit detentie”. Op basis van een steekproef bij (slechts) vijf gemeenten kon het WODC vaststellen dat 78% van de ex-gedetineerden zes maanden na detentie contact had met een zorginstelling.<sup>36</sup> Een nieuwe, uitgebreidere meting is in voorbereiding.

## 2.2 Veranderingen in regelgeving die doorwerken in de vraag naar zorg

Naast veranderingen in de ‘aanbodkant’ hebben de laatste jaren ook aan de kant van strafoplegging belangrijke wijzigingen voor justitiabelen plaatsgevonden. Relevant in dit verband is het in 2010 vervallen van de Fokkensregeling, die het mogelijk maakte dat veroordeelden met een combinatievonnis in beginsel na een derde van de vrijheidsstraf in aanmerking kwamen voor plaatsing in een tbs-instelling. Tegenwoordig moet een tbs-gestelde met een combinatievonnis tweederde van zijn straf uitzitten voordat dit het geval is.<sup>37</sup> Een persoon die in 2010 naast tbs bijvoorbeeld een gevangenisstraf kreeg opgelegd van zes jaar zal pas in 2014 in een tbs-instelling worden opgenomen, dat wil zeggen twee jaar later dan met toepassing van de Fokkensregeling het geval zou zijn geweest. Dit roept de vraag op hoe deze groep binnen het gevangeniswezen wordt opgevangen. Iemand die een tbs-maatregel opgelegd heeft gekregen, is immers beoordeeld als “lijdend aan een gebrekkige ontwikkeling van de geestesvermogens of een ziekelijke stoornis in de persoonlijkheid”, althans bij het plegen van het delict.

Bij de afschaffing van de Fokkensregeling is expliciet gemeld dat gedetineerden die psychische zorg behoeven (lees: tbs-gestelden in detentie), in een ppc kunnen worden geplaatst (Stb. 2010, nr. 312). Het tezelfdertijd ingediende Wetsvoorstel forensische zorg geeft de minister van VenJ de bevoegdheid om ter beschikking gestelden met dwangverpleging, die niet binnen de door de Hoge Raad geaccepteerde termijn van vier maanden kunnen worden geplaatst, in een ppc op te nemen.<sup>38</sup> Volgens de toelichting op het wetsvoorstel is in ppc's een vorm van behandeling mogelijk, waardoor de detentieomstandigheden in overeenstemming zijn met de grond van de (verdere) vrijheidsbeneming, namelijk behandeling van de ter beschikking gestelde. De opname in een ppc is van tijdelijke aard en loopt uit op voortzetting van een behandeling in een reguliere tbs-instelling. Kort gezegd: Het vervallen van de Fokkensregeling leidt tot een langer verblijf van tbs-gestelden met een combinatievonnis in een gevangenis.

Tussen 2001 en 2010 zijn er gemiddeld jaarlijks 150 personen aan een tbs-behandeling begonnen nadat ze eerst (eenderde van) de gevangenisstraf hadden uitgezeten. Met het vervallen van de Fokkensregeling in 2010 moet een tbs-gestelde tweederde van zijn straf uitzitten voordat deze voor overplaatsing naar een fpc in aanmerking komt. Daarmee neemt de verblijfsduur van tbs-gestelden in een gevangenis toe.

Gemiddeld verbleven tussen 2001 en 2010 140 tbs-passanten in een gevangenis, dat wil zeggen personen die hun strafdeel hebben uitgezeten en voor tbs-behandeling wachten op overplaatsing naar een fpc.

De gemiddelde wachttijd bedroeg 228 dagen.

<sup>35</sup> More en Weijters 2011, p.12

<sup>36</sup> Gelet op de kleine steekproef zijn deze cijfers niet representatief te noemen. Wanneer bijv. een van de gemeenten, Amsterdam, buiten beschouwing wordt gelaten blijkt in de overige vier gemeenten 60,8% van de ex-gedetineerden zes maanden na detentie contact te hebben met een zorginstelling.

<sup>37</sup> In verband met de capaciteitstekorten was dit overigens voorheen nauwelijks haalbaar (RSJ 2010a).

<sup>38</sup> Kamerstukken II 2009–2010, 32 398, nr. 3., paragraaf 10.

Het aantal tbs-passanten is in de laatste jaren afgenomen als gevolg van capaciteitsuitbreidingen en een verminderd aantal tbs-opleggingen: van gemiddeld 150 passanten in 2007 tot gemiddeld 24 in 2011. De gemiddelde wachttijd daalde in deze periode eveneens: van 297 naar 124 dagen in 2011. In 2011 verbleven gemiddeld 15 passanten in een ppc.

Bronnen: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/veiligheid-recht/publicaties/publicaties/archief/2011/2011-criminaliteit-rechtshandhaving-pub.htm>, tabellen 7.11 en 7.12 (bewerking RSJ); DJI 2012b, grafieken 2.4 en 2.5; DJI 2012a, grafiek 5.6.

Verdere relevante ontwikkelingen in regelgeving zijn de onlangs in werking getreden wet voorwaardelijke sancties, de invoering van de voorwaardelijke invrijheidsstelling en de verlenging van proeftijden waarbij steeds onder meer gedragsbeïnvloedende voorwaarden zoals het ondergaan van een ambulante of klinische behandeling als bijzondere voorwaarden kunnen worden gesteld.<sup>39</sup> Het werkterrein van de forensische zorg breidt zich als gevolg van deze ontwikkelingen nog steeds uit.

### 2.3 Doelstellingen beleid forensische zorg

Het beleid ten aanzien van de forensische zorg heeft de volgende doelstellingen, die in de memorie van toelichting op het gelijknamige wetsvoorstel als volgt worden benoemd:

- de juiste patiënt op de juiste plek;
- het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit;
- kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving;
- een goede aansluiting tussen de forensische en curatieve zorg.

De Raad acht enkele aspecten van het Wetsvoorstel forensische zorg in het kader van dit advies van bijzondere betekenis. Deze zijn als volgt te typeren:

1. sterke gerichtheid op recidivevermindering;
2. het principe van ‘ggz-tenzij’ wordt (nog steeds) aangehangen;
3. equivalentiebeginsel;
4. voorziene groei.

#### *Typering 1: Sterke gerichtheid op recidivevermindering*

De Wet forensische zorg is sterk gericht op het verminderen van recidive, dat wil zeggen het verminderen van herhalingscriminaliteit (en niet het verminderen van recidive van de ziekte na genezing, zoals deze term in dit verband ook opgevat zou kunnen worden). Artikel 2.1 lid 1 van het Wetsvoorstel forensische zorg luidt:

“Met inachtneming van het karakter van de vrijheidsbenemende straf of maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan zo veel als mogelijk aangewend voor herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving.”

Hoewel in aangehaald artikel behalve recidivevermindering wel nog wordt gesproken van “herstel van de forensische patiënt”, komt de gerichtheid op het herstel van de patiënt verder niet meer terug in het wetsvoorstel en evenmin in de bijbehorende memorie van toelichting. De doelstelling van recidivevermindering komt echter op tal van plaatsen terug. De eerste alinea van de algemene paragraaf van de memorie van toelichting plaatst dit wetsvoorstel om te beginnen nadrukkelijk in het kader van het kabinetstreven de recidive met 10%-punt te verminderen ten opzichte van het jaar 2002.

<sup>39</sup> Het conceptwetsvoorstel Langdurig toezicht introduceert de mogelijkheid van een zelfstandig op te leggen gedragsbeïnvloedende maatregel die langdurig (zelfs levenslang) ten uitvoer kan worden gelegd als er geen voorwaardelijk kader meer voorhanden is (RSJ 2012).

Elders in de memorie van toelichting komt het onderwerp recidive regelmatig aan de orde met zinsnedes als:

- *“Tijdige, passende en kwalitatief hoogwaardige forensische zorg draagt bij aan de vermindering van recidive.” (p. 1);*
- *“Een directe terugkeer kan leiden tot een snelle terugval in het oorspronkelijke gedrag en daarmee ook tot recidive.” (p. 2);*
- *“Door het bevorderen van deze overdracht ontstaat ook een betere door- en uitstroom. Uiteindelijk wordt hiermee een bijdrage geleverd aan het terugdringen van recidive.” (p. 2);*
- *“Zorg passend bij de stoornis van de justitiabele is essentieel voor het welslagen van de behandeling en dus vermindering van de recidive” (p. 3);*
- *“Kwalitatieve, hoogwaardige forensische zorg gericht op de veiligheid van de samenleving levert een belangrijke bijdrage aan het terugdringen van het recidiverisico.” (p. 4);*
- *“Zoals in de eerste alinea van het algemene deel van deze toelichting is beschreven willen wij de recidive verminderen. Het nieuwe stelsel zal hieraan een bijdrage leveren, is onze stellige verwachting.” (p. 6);*
- *“Een grotere veiligheid zal niet te koste gaan van de behandeling. Integendeel, juist door de kwaliteit te verhogen, zal de veiligheid worden versterkt.” (p. 6)*

De site over de (vernieuwing van) forensische zorg stelt ondubbelzinnig:

***“De vernieuwing die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden vergroot de mogelijkheden om mensen die in aanraking zijn gekomen met het strafrecht tijdig juiste en kwalitatief hoogwaardige zorg en beveiliging te verlenen. Het uiteindelijke doel hiervan is de recidive te verminderen.”<sup>40</sup>***

Bij de inkoop van forensische zorg stelt het betreffende dienstonderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DForZo): “Het primaire doel van zorg binnen een strafrechtelijk kader is het voorkomen van (strafrechtelijke) recidive. (...) Daarom acht DForZo het van belang dat aanbieders van forensische zorg *het doel van recidivevermindering leidend laten zijn in de behandeling en/of begeleiding*”.<sup>41</sup> Hiermee wordt onder meer beoogd dat deze instellingen gaan werken aan de hand van risicotaxaties. In de begroting 2012 van VenJ tenslotte wordt in relatie tot het uiteindelijke doel, het leveren van een bijdrage aan de recidivevermindering, gemeld dat in samenwerking met het WODC in 2012 een recidivemonitor forensische zorg wordt opgezet. Onder beleidsmakers bij DJI is een eerste kentering merkbaar van deze sterke nadruk op recidivevermindering. De Raad heeft vernomen dat ten aanzien van de ppc's inmiddels een verschuiving en precisering van doelen wordt overwogen: in plaats van “herstel van patiënten” en “vermindering van recidive” zou het realistischer zijn de ppc's te beoordelen op “het bieden van verantwoorde zorg” en “het verminderen van risicofactoren”. Dit betreft echter tot dusverre (nog) geen vastgesteld beleid.

#### *Typering 2: Het principe ‘ggz- tenzij’*

Ten aanzien van klinische zorg voor gedetineerden geldt het uitgangspunt ‘ggz-tenzij’. De justitiabele wordt als dat kan bij zorgaanbieders buiten het gevangeniswezen geplaatst, tenzij<sup>42</sup>:

- de justitiabele tbs met dwangverpleging (art. 37b Sr) is opgelegd;
- het OM negatief adviseert over plaatsing in de ggz;
- de justitiabele een vreemdelingenstatus heeft;
- de justitiabele een levenslange straf opgelegd heeft gekregen;

<sup>40</sup> <http://www.dji.nl/Organisatie/Organisatiestructuur/Vernieuwing-Forensische-Zorg>, 9 mei 2012.

<sup>41</sup> DJI 2011a, p. 15 Recidive wordt opgevat als een opgemaakt proces-verbaal ten aanzien van een gelijkwaardig delict of delict met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar (p. 83).

<sup>42</sup> DJI 2011b, paragraaf 2.2.4.



- de justitiabele een verblijf dient te hebben met zeer hoog beveiligingsniveau;
- de inschatting is dat het plaatsen van de justitiabele in de ggz maatschappelijke onrust zal veroorzaken;
- de justitiabele geen toestemming wil verlenen voor indicatiestelling in de ggz;
- er sprake is van een overbruggingsperiode in afwachting van plaatsing in de ggz.

Hieruit blijkt dat onder ‘ggz’ wordt verstaan ‘zorgaanbieders buiten het gevangeniswezen’. Dit kunnen dus forensisch-psychiatrische en reguliere ggz-voorzieningen zijn. Het ppc behoort tot het gevangeniswezen. Zie verder ook 4.6.2.

Eerder werd het proefschrift van Zwemstra aangehaald, die onder meer constateerde dat het de afgelopen 30 jaar een beleidsmatig uitgangspunt was om zoveel mogelijk in te zetten op zorg voor psychiatrisch gestoorde justitiabelen door de algemene psychiatrie. De maatschappelijke werkelijkheid liet volgens hem echter het tegenovergestelde zien. Het principe van “ggz-tenzij” wordt niettemin beleidsmatig nog steeds aangehangen. De memorie van toelichting op het Wetsvoorstel forensische zorg stelt op p. 4 immers:

*“Alle gedetineerden worden bij binnenkomst in een penitentiaire inrichting gescreend om een inschatting te maken of plaatsing in een ppc of de ggz geïndiceerd is. Hierbij is plaatsing in een ggz-instelling het uitgangspunt. Indien de ggz de gevraagde zorg niet kan leveren, of wanneer plaatsing in de ggz vanuit maatschappelijke veiligheid niet wenselijk is of als de gedetineerde niet wil meewerken aan overplaatsing naar de ggz (en een rechterlijke machtiging een te zwaar instrument is), wordt de gedetineerde in een ppc geplaatst.”*

Het Wetsvoorstel forensische zorg haalt het adagium ‘ggz-tenzij’ nog een stap naar voren en beoogt personen met een stoornis niet alleen buiten het gevangeniswezen maar ook uit de forensische zorg te houden. In paragraaf 6 van de memorie van toelichting is te lezen: “Voorop staat dat zoveel mogelijk moet worden voorkómen dat personen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking in een penitentiaire inrichting of instelling voor forensische zorg terecht komen.<sup>43</sup> Goede zorg voor de groep die zich op het grensvlak tussen straf en zorg bevindt, kan in veel gevallen een preventieve werking hebben en (verdere) criminele carrières voorkomen (...). Dit vereist een goede samenwerking tussen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor forensische zorg en een goede aansluiting tussen het straf- en het zorgsysteem. Met het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg kunnen wettelijke belemmeringen die een goede zorgverlening in de weg staan, worden weggenomen.” (p. 12).

### *Typering 3: Equivalentie van zorg*

Wat de samenhang tussen de forensische en de reguliere (curatieve) zorg betreft, stelt de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel forensische zorg (p. 12):

*“Het uitgangspunt voor het Wetsvoorstel forensische zorg en het Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg is dat, ongeacht de wetgevingstechnische vormgeving, een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau. Of iemand verdacht wordt van een strafbaar feit, of dat de rechter zich tevens heeft uitgesproken over een strafbaar feit, mag hierbij geen verschil maken. Dit geldt vanzelfsprekend evenzeer als het een persoon betreft met een verstandelijke beperking.”*

<sup>43</sup> De wenselijkheid daarvan wordt in internationale kring onderschreven, zoals hoofdstuk 3 zal laten zien. Of dit ook daadwerkelijk praktijk is in Nederland, komt in hoofdstuk 4 aan de orde.

Dit uitgangspunt staat ook wel bekend als het equivalentiebeginsel. De bij het wetsvoorstel beoogde verbeterde randvoorwaarden voor samenwerking tussen instellingen, het op elkaar afstemmen van criteria voor zorgverlening en terminologie, dragen daar bijvoorbeeld aan bij.<sup>44</sup> Het behoeft echter geen betoog dat dit uitgangspunt van equivalentie van zorg op (zeer) gespannen voet kan staan met de sterke gerichtheid van de forensische zorg op het verminderen van recidive (typering 1).

#### *Typering 4: Voorziene groei*

Bij het Wetsvoorstel forensische zorg werd gemeld dat “naar aanleiding van de aanbevelingen van de parlementaire commissie tbs met ingang van 2007 extra middelen beschikbaar komen voor het omvormen van 700 reguliere plaatsen in het gevangeniswezen tot forensische zorgplaatsen. (...) De bestaande forensische zorgcapaciteit van het gevangeniswezen (circa 500 plaatsen) zal de komende jaren, samen met de 350 extra forensische zorgplaatsen in het gevangeniswezen, worden geconcentreerd op een vijftal penitentiaire psychiatrische centra.”<sup>45</sup>.

Opgeteld duidt dit erop dat destijds werd beoogd in totaal 850 zorgplaatsen in het gevangeniswezen te creëren (509 bestaand en 191 nieuw).<sup>46</sup> In de begroting van VenJ wordt echter structureel rekening gehouden met 700 intramurale inkoopplaatsen forensische zorg in het gevangeniswezen (lees: ppc-capaciteit). De brochure ‘Facts & Figures ppc’s, juni 2012’ van het ministerie van VenJ vermeldt 676 ppc-plaatsen. De verlaging van 850 naar 700 plaatsen ligt in het verlengde van het terugbrengen van de totale gevangenis capaciteit.

In paragraaf 4.4.1 wordt teruggekomen op de thans beschikbare capaciteit en daarmee ook op de vraag of deze uitbreiding als gerealiseerd kan worden beschouwd.

---

<sup>44</sup> De in de forensische zorg gehanteerde Diagnose Behandel- en Beveiligingscombinatie (DBBC) systematiek sluit aan op de Diagnose Behandelcombinaties DBC's) uit de reguliere ggz.

<sup>45</sup> Memorie van toelichting conceptwetsvoorstel Forensische zorg, p. 26-27.

<sup>46</sup> In de voortgangsrapportage MGW wordt eveneens gesproken van 850 plaatsen in ppc's en 350 bij de ggz in te kopen plaatsen, eind 2010 te realiseren, Kamerstukken II 2008-2009, 24 587, nr. 310.

### 3. Uitgangspunten van de Raad voor de forensische zorg in detentie

In dit hoofdstuk formuleert de Raad de eigen visie op forensische zorg tijdens detentie, mede op basis van ontwikkelingen en aanbevelingen in binnen- en buitenland. In paragrafen 3.1 en 3.2 wordt teruggeblikt op de belangrijkste uitgangspunten uit eerder uitgebrachte adviezen. Paragraaf 3.3 bevat een beschrijving van inzichten en best practices in de ggz tijdens detentie in andere (voornamelijk) Europese landen. Vervolgens wordt in paragraaf 3.4 een beeld geschetst van de meest relevante ontwikkelingen op het ggz-terrein. Paragraaf 3.5 ten slotte bevat de conclusies ten aanzien van de eigen uitgangspunten en de consequenties daarvan voor het in hoofdstuk 2 beschreven beleid.

Waar we dit passend achten, verbinden we aan de beschreven uitgangspunten conclusies. Een toets van de praktijk aan de uitgangspunten komt echter pas in hoofdstuk 5 aan de orde, nadat deze praktijk eerst in hoofdstuk 4 is beschreven.

#### 3.1 Terugblik op eerder advies over zorg aan gedetineerden

In het advies ‘Zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving’ van 2007 constateerde de Raad op basis van eigen toezichtbezoeken<sup>47</sup> en aanvullende interviews onder meer dat de zorg “structureel onvoldoende en gebrekkig” was<sup>48</sup>. De Raad oordeelde dat de zorg aanmerkelijk zou kunnen en moeten worden verbeterd door:

- detentie van gedetineerden met een psychische stoornis zoveel mogelijk te voorkomen;
- de (structurele) diagnostiek te verbeteren;
- het deskundigheidsniveau en de informatieoverdracht te verbeteren;
- de ggz te laten participeren.

De Raad formuleerde hiertoe negen aanbevelingen.

*Uitgangspunten waren destijds:*

1. De tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen moet zoveel mogelijk dienstbaar worden gemaakt aan de terugkeer van de gedetineerde in de samenleving (art. 2 van de Pbw). Het wegnemen of verminderen van criminogene factoren behoort daarbij een centrale rol te spelen.
2. De zorg aan gedetineerden dient gelijkwaardig (van een vergelijkbaar kwaliteitsniveau) te zijn aan de zorg in de vrije samenleving. De vrijheidsbeneming mag niet leiden tot achterstelling ten opzichte van de zorg zoals deze in de samenleving geboden wordt.<sup>49</sup>
3. Mede om recht te doen aan dit equivalentiebeginsel moet de zorg in detentie van een bijzondere kwaliteit zijn, specifiek van inhoud dan in de samenleving, omdat het leven in onvrijheid het geestelijk welzijn aantast. Dit geldt vooral voor de psychisch kwetsbare gedetineerden, de gedetineerden met een psychische stoornis en voor de gedetineerden met een lange gevangenisstraf. Het zorgbeleid en zorgaanbod zal mede afgestemd moeten worden op het feit dat de kans op psychische schade of verergering van de stoornis en daarmee de kans op recidive toeneemt naarmate de detentie langer duurt.
4. Bij de zorgverlening in detentie moet worden uitgegaan van de meer algemene beginselen die in de Nederlandse wetgeving zijn geformuleerd. Behoudens enkele uitzonderingen in de Penitentiaire beginselenwet zijn op de relatie inrichtingsarts - gedetineerde de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en andere zorgregelgeving van toepassing. In beginsel heeft de gedetineerde

<sup>47</sup> Destijds had de Raad tevens een toezichhoudende taak.

<sup>48</sup> RSJ 2007a. Andere adviezen die aan dit onderwerp raken zijn de adviezen in verband met het afschaffen van de Fokkensregeling (RSJ 2010a), het conceptwetsvoorstel Forensische zorg (RSJ 2009a) en jongeren met psychische stoornissen in justitiële jeugdinrichtingen (RSJ 2009b).

<sup>49</sup> Dit uitgangspunt, bekend als het equivalentiebeginsel, werd overigens ook door Justitie onderschreven, zie Kamerstukken II 2002-2003, nr. 24 077, nr. 112, p. 2.

patiënt tegenover de inrichtingsarts dezelfde rechten en plichten als de niet-gedetineerde patiënt tegenover diens behandelend arts.

5. De ggz draagt primair de verantwoordelijkheid voor adequate zorg aan mensen met een psychische stoornis of verslaving.

De gewenste ontwikkelingsrichting voor de zorg aan gedetineerden met een stoornis beschreef de Raad in de volgende *kenmerken van goede zorg*:

- Preventief gedetineerden met een ernstige stoornis of verslaving worden, mits de strafvordering dat toelaat, buiten detentie gehouden en in de zorg geplaatst.
- In alle vormen van detentie wordt screening op psychische stoornissen uitgevoerd, als dat in een voorafgaande fase nog niet is gebeurd.
- In alle vormen van detentie wordt adequate zorg geboden.
- De expertise voor de zorg in de penitentiaire inrichtingen voldoet kwantitatief en kwalitatief aan het niveau dat de bijzondere populatie en de problematiek vereist.
- Er wordt optimaal gebruik gemaakt van de wettelijke mogelijkheid voor overplaatsing, externe zorgverlening tijdens detentie en continuering daarvan na detentie.
- Er is een optimale inzet van de ggz in de penitentiaire inrichtingen en er zijn structureel mogelijkheden aanwezig voor doorstroming vanuit detentie naar de ggz.
- De ggz is qua beveiligingsniveau in staat justitiabelen met een stoornis opvang te bieden.

### 3.2 Goed bejegenen

Een andere bron voor de eigen uitgangspunten zijn de door de Raad geformuleerde beginselen van goed bejegenen.<sup>50</sup> Voor de zorg zijn vooral de volgende beginselen relevant:

- het beginsel van *minimale beperkingen*. Dit komt voor de zorg grotendeels tot uitdrukking in het equivalentiebeginsel. Forensische zorg dient gelijkwaardig te zijn aan de reguliere (ggz-)zorg. Deze wordt in artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen als volgt omschreven:

***“De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.”***

- het beginsel van *individualisering*: de overheid houdt rekening met noden en omstandigheden van elke afzonderlijke ingeslotene.
- het beginsel van *perspectieven resocialisatie*: het regime is gericht op persoonlijke ontwikkeling en het aanpakken van problematiek bij ingeslotenen, in het bijzonder als deze samenhangt met het delict waar men voor vastzit.

De implicaties van deze beginselen verdienen nadere doordenking. De kwaliteit van zorg in detentie hoort volgens het equivalentiebeginsel gelijkwaardig te zijn met die in de vrije maatschappij. Als hieraan meer wordt afgedaan dan “noodzakelijkerwijs inherent is aan de vrijheidsbeneming” wordt het beginsel van minimale beperkingen geweld aangedaan. De detentie als zodanig kan dus wel een legitieme begrenzing geven aan de zorg die kan worden geboden en redelijkerwijs moet worden geboden. Vooral de duur van de detentie is hierbij een bepalende factor. Zie hierover verder paragraaf 3.5. De omschrijving van verantwoorde zorg in de

---

<sup>50</sup> RSJ 2010b.

Kwaliteitswet komt ook tegemoet aan het beginsel van individualisering. Het beginsel van resocialisatie brengt mee dat zorg en behandeling mede gericht zijn op de aanpak van problematiek waarmee het delictgedrag en recidiverisico samenhangt.

### 3.3 Ontwikkelingen internationaal

Bovengenoemde beginselen zijn ook terug te vinden in internationale verklaringen en aanbevelingen. Zonder een uitputtende beschrijving te willen suggereren, volgt hierna een korte duiding van enkele belangrijke ontwikkelingen in dit verband.

In 1998 vond in Den Haag een bijeenkomst plaats van de Europese afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie onder de titel “Mental health promotion in prisons”. Aanleiding waren de constatering dat gevangenschap schadelijke effecten heeft op de geestelijke gezondheid van ingesloten en dat de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblematiek in detentie erg hoog was.<sup>51</sup> Overeenstemming was er over de lijn dat vrijheidsbeneming tot een minimum moet worden beperkt, en voor zover ze onontkoombaar was, gericht moest zijn op rehabilitatie. Benadrukt werd dat de straf bestaat uit het verlies van vrijheid; de straf zou echter niet ten koste mogen gaan van de gezondheid en het welzijn van gevangenen, die vaak toch al een belast verleden hebben. Met het bevorderen van de geestelijke gezondheid in detentie zouden grote voordelen zijn te behalen, niet alleen voor de gevangenen en hun relaties, maar ook voor het personeel, de penitentiaire inrichting als organisatie en de samenleving. Daarbij werd gedacht aan een grotere kans van slagen bij terugkeer in de samenleving, een grotere veiligheid, vermindering van het aantal personen met een psychische stoornis en een gunstiger verhouding tussen kosten en baten.<sup>52</sup>

Gezaghebbende internationale instanties als de Verenigde Naties en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hebben leidende beginselen geformuleerd voor de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en die in detentie in het bijzonder. De Europese afdeling van de WHO noemt in 2007 de volgende *guiding principles in prison health*<sup>53</sup>:

***“Health care decisions must be made on clinical grounds and with the patients interests and consent underlying every clinical judgement and action. Professional independence and patient autonomy, even within prisons, are crucial, as is the need of equivalence of care.”***

Het in 2007 uitgebrachte “Trencin statement on prisons and mental health” geeft een overzicht van de meest relevante internationale uitgangspunten<sup>54</sup>. Behalve het recht voor iedereen (en dus ook voor gevangenen) op het bereiken van een zo goed mogelijke fysieke en geestelijke gezondheid, het voorkomen van discriminatie wegens een geestelijke stoornis en het belang van bevordering van de geestelijke gezondheid in het algemeen, wordt in de context van detentie specifiek genoemd dat:

- gevangenen toegang moeten hebben tot de gezondheidszorg die in een land beschikbaar is, zonder discriminatie op grond van hun juridische status;
- de medische staf, in het bijzonder artsen, verplicht zijn dezelfde kwaliteitsstandaarden te hanteren als die beschikbaar zijn in de samenleving.

Beide elementen vormen een uitwerking van het equivalentiebeginsel.

<sup>51</sup> In de onderzochte Europese landen leed gemiddeld 32% van de gevangenen aan een geestelijke stoornis; dit percentage neemt toe tot 63% wanneer problematiek met middelenmisbruik werd inbegrepen (WHO 1998, p.1.)

<sup>52</sup> The Madrid Recommendation (WHO Europe 2009) wijst later op het belang voor de publieke volksgezondheid van (onder meer) adequate behandelprogramma's voor verslaafden.

<sup>53</sup> WHO Europe 2007a, p.12.

<sup>54</sup> WHO Europe 2007b, p.4 e.v. Zie ook WHO Europe 2007a, p. 7-13.

Het equivalentiebeginsel is ook terug te vinden, en wordt concreet uitgewerkt in de European Prison Rules (EPR d.d. 11 januari 2006) en in de CPT-standards<sup>55</sup>, aan welke beide aanbevelingen Nederland zich heeft gecommitteerd. Korthedshalve zijn de meest relevante passages hieruit in bijlage 3 bij dit advies opgenomen.

Ten slotte wijzen wij op de door de International Association for Correctional and Forensic Psychology in 2010 herziene ‘Standards for Psychological services in jails, prisons, correctional facilities and agencies.’<sup>56</sup> Deze kennen behalve een ideële ook een meer praktische ontstaansgeschiedenis. Het de-institutionaliseren van de ggz in de VS in de jaren vijftig en zestig deed het aantal gedetineerden met een psychische stoornis toenemen. Financiële krapte leidde tot slecht geëquipeerde inrichtingen. Dat confronteerde de justitiële autoriteiten met een groeiend aantal rechtszaken. Dit alles leidde ertoe dat de overheid de beroepsgroep verzocht concrete standaarden te ontwikkelen, te hanteren als uitgangspunt of checklist bij de vormgeving van geestelijke gezondheidszorg in detentie. Naast de constatering dat adequate geestelijke gezondheidszorg voor gedetineerden een grond- en mensenrecht is en een teken van beschaving van een samenleving, wees de Association op voordelen van een goede geestelijke gezondheidszorg voor het gevangeniswezen als organisatie en het vergroten van de kans op een succesvolle re-integratie van betrokkenen in de maatschappij. Als algemeen ethisch principe is beschreven:

***“In the event that there is a conflict among or between ethical principles and practice standards, the standard that provides for the highest level of ethical professional practice shall be followed” (p.770)***

*Primaire verantwoordelijkheid voor de zorg: Justitie of Volksgezondheid?*

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft zich in verschillende publicaties over (geestelijke) gezondheidszorg uitgelaten over de organisatie van zorg in het gevangeniswezen. Zo wordt geconstateerd dat:

***“Many prison and public health reformers argue that a close relationship (between prison-administered health services and public health) is not enough and that prison health should be part of the general health services of a country rather than a specialist service under the government ministry responsible for the prisons. There are strong arguments for moving in this direction in terms of improving the quality of health care provided to prisoners.”<sup>57</sup>***

Bij de internationaal uitgesproken voorkeur om gezondheidszorg tijdens detentie onderdeel te laten uitmaken van de reguliere zorg en niet onderdeel van Justitie te laten zijn, wordt gewezen op voorbeelden uit Noorwegen, Frankrijk en Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales) waar processen op dit gebied respectievelijk in 1980, 1994 en 2006 zijn afgerond. In 2010 heeft dit bijvoorbeeld geleid tot de volgende bevindingen in het Verenigd Koninkrijk<sup>58</sup>:

- nauwkeurige beoordeling (assessment) van de behoeften;
- duidelijkheid van de dienstverlening;
- voldoende financiële middelen;
- nationale normen;
- effectieve samenwerkingsverbanden.

---

<sup>55</sup> CPT 2010.

<sup>56</sup> IACFP 2010.

<sup>57</sup> WHO Europe 2007a, p.9

<sup>58</sup> WHO Europe 2010, p. 7

Als uitdagingen ('challenges') worden daarbij geformuleerd:

- het creëren van sterke lokale partnerschappen;
- erkennen dat penitentiaire inrichtingen instellingen voor de volksgezondheid zijn;
- het handhaven van de centrale rol van de directeur van bij het vormgeven en het leiden van een gezonde inrichting;
- cultuurverschillen tussen het gevangeniswezen en de gezondheidsdiensten.

In het slotrapport van 2010 beschouwt de afdeling Europa van de WHO nogmaals de ontwikkelingen van de afgelopen 15 jaar en concludeert ze, gelet op de behaalde resultaten onder meer dat<sup>59</sup>:

- *All prisoners have the right to receive health care equivalent to that in the community but there is often a gap between public health and prison health services;*
- *The separation of prison health from public health is a risk for global health;*
- *The movement towards a transfer of responsibility for prison health from Ministries of Justice to Ministries of Health is to be welcomed.*

### 3.4 Ontwikkelingen nationaal

Zwemstra kijkt in zijn proefschrift terug op de ontwikkelingen in de reguliere psychiatrie en beschrijft op welke wijze in de 70-er jaren onder invloed van denkers als Trimbos en Foudraïne een roep kwam tot uitbanning van de traditionele psychiatrische asiels. "In Nederland maar ook elders vertaalde zich deze 'anti-psychiatriebeweging' in sterke afbouw van de custodiale (gesloten en begrenzend) functie van de psychiatrie en in de vorming van meer regionaal gespreide kleinschalige ggz-voorzieningen". Hij constateert tegelijkertijd dat "patiënten die onvermogen zijn om een consistente hulpvraag te formuleren echter in toenemende mate buiten het systeem vallen. Daardoor ontstaat een parallel en sterk groeiend justitieel psychiatrisch systeem."<sup>60</sup> Dit fenomeen dat ook wordt aangeduid als het verlies van de asielfunctie van de ggz<sup>61</sup>, heeft mensen met een stoornis vanuit de ggz naar het justitiële circuit gebracht. De overheveling van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor justitiabelen van VWS naar VenJ lijkt een bekrachtiging hiervan te vormen.

Van belang is dat in de reguliere ggz thans opnieuw een forse verdergaande beddenreductie te verwachten is. In het Bestuurlijk akkoord Toekomst ggz 2013-2014 is als doelstelling geformuleerd om de huidige totale bedden capaciteit tot 2020 met een derde af te bouwen ten opzichte van de omvang in 2008 (en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg).<sup>62</sup> In genoemd akkoord is verder onder meer afgesproken om de huisarts beter toe te rusten om de toeloop van personen met psychische klachten beter te organiseren, een elektronische patiëntendossier te ontwikkelen, het gebruik van dwangtoepassingen verder terug te dringen en de tweedeling tussen de somatische zorg en de psychiatrische zorg op te heffen. Hoewel dit deels positieve ontwikkelingen betreft, zal de afgesproken beddenreductie de mogelijkheden voor uitplaatsing van de forensische naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg op zijn zachtst gezegd niet vergemakkelijken.

### 3.5 Uitgangspunten

Het geheel samenvattend kan worden vastgesteld dat er internationaal gezien grote consensus bestaat over de ethische en praktische noodzaak van goede geestelijke gezondheidszorg tijdens detentie. Het betreft een mensenrecht, een teken van beschaving in een samenleving en is noodzakelijk voor een goede terugkeer

<sup>59</sup> WHO 2010, p. 4-7.

<sup>60</sup> Zwemstra 2009, p. 22-25.

<sup>61</sup> Nagtegaal 2011, p. 259- 261.

<sup>62</sup> VWS 2012.



van gedetineerden naar de maatschappij en daarmee voor de veiligheid én de publieke gezondheid van de samenleving als geheel. In de VS en in Europees verband bestaat een groot aantal richtlijnen en standaarden waarin zeer concreet wordt beschreven wat goede geestelijke gezondheidszorg inhoudt. Deze standaarden zouden gebruikt kunnen worden om een toetsingskader op te stellen en de praktijk hier op te toetsen. Dit type (inspectie-)onderzoek behoort niet tot de taak van de Raad en is daarmee ook niet de aard van dit advies. Wel kan de Raad de internationale standaarden gebruiken om de eigen visie en uitgangspunten aan te toetsen en ermee aan te scherpen. De Raad komt naar aanleiding daarvan tot de conclusie dat drie in 2007 geformuleerde uitgangspunten (inter-)nationaal onomstreden zijn. Het betreft:

- De tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen moet zoveel mogelijk dienstbaar worden gemaakt aan de terugkeer van de gedetineerde in de samenleving;
- De zorg aan gedetineerden dient gelijkwaardig te zijn aan de zorg in de vrije samenleving (equivalentiebeginsel);
- Bij de zorgverlening in detentie moet worden uitgegaan van de meer algemene beginselen die in de Nederlandse wetgeving zijn geformuleerd.

Voor een toelichting op de (achtergronden van) deze beginselen zij verwezen naar genoemd advies<sup>63</sup>.

Het eerder genoemde uitgangspunt dat de zorg in detentie van bijzondere kwaliteit moet zijn, kent weliswaar internationaal voldoende draagvlak, maar vergt inmiddels wel nadere duiding. Detentie is te zien als een ‘risicogebied’ voor de geestelijke gezondheid van de gedetineerde. Dat stelt met name eisen aan de *aard* van de te bieden zorg en de zorgvuldigheid waarmee deze wordt aangeboden, terwijl niveau en inhoud ervan worden bepaald door wat in een detentiesituatie redelijkerwijs kan en behoort te worden geboden. Het perspectief van de zorg is genezing en dit is in detentie niet anders dan in de vrije maatschappij. De detentiesituatie, en met name de duur van het verblijf in de inrichting, brengt echter een beperking mee in het realiseren van dit doel. In hoeverre een medische klacht in detentie kan worden bestreden is mede afhankelijk van de individuele situatie. De tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf kan, zeker wanneer deze kortdurend is (en dat is veelal het geval) niet de gelegenheid bieden voor alle denkbare vormen van therapie of behandeling. Hoewel de gedetineerde slechts voor de duur van de straf gebruik maakt van de justitiële medische voorzieningen, omvat de zorgplicht van justitie ook het regelen van de nodige aansluitende zorg. In het kader van de verdere ontwikkeling van de ppc’s is een kentering te bespeuren, die neerkomt op het streven naar ‘het bieden van verantwoorde zorg’ in plaats van ‘herstel van de patiënt’ (zie paragraaf 2.3). De Raad acht dit in lijn met de eerder weergegeven bepaling uit de Kwaliteitswet zorginstellingen en richtinggevend voor alle tijdens detentie geleverde zorg, dus niet alleen voor de ppc’s. Dit advies is verder niet de plaats om uit te maken waar de grenzen van gelijkwaardige zorg liggen. In de nota ‘Goed bejegenen’ heeft de Raad hieraan verdere uitwerking gegeven.<sup>64</sup>

Ook het uitgangspunt ten aanzien van de verantwoordelijkheid voor de zorg (“de ggz draagt primair de verantwoordelijkheid voor adequate zorg aan mensen met een psychische stoornis of verslaving”) is thans een nadere verkenning waard. Daarbij is onderscheid te maken naar de organisatie en het feitelijk bieden van zorg.

Internationaal is de systeemverantwoordelijkheid voor zorg in detentie een actueel thema gebleven. Ten aanzien van de vraag wie verantwoordelijk is voor de zorg in het gevangeniswezen: de minister van Justitie of

---

<sup>63</sup> RSJ 2007a.

<sup>64</sup> RSJ 2010b, hoofdstuk 4.



de minister van Volksgezondheid, bestaat er in internationale richtlijnen en aanbevelingen overwegend een voorkeur voor dat de verantwoordelijkheid bij de laatstgenoemde ligt, al wordt (vanzelfsprekend) een opening gelaten voor andere oplossingen en maatwerk in verband met specifieke nationale omstandigheden.

In Nederland heeft de minister van VenJ de verantwoordelijkheid gekregen voor de geestelijke gezondheidszorg voor justitiabelen. Dit lijkt niet te stroken met de internationaal als ‘best practice’ aanbevolen situatie. De Raad ziet de ontstane situatie als zodanig, dat de minister van VenJ verantwoordelijk is voor de organisatie van zorg, dat wil zeggen dat deze wordt geboden en gerealiseerd, terwijl de feitelijke uitvoering gebeurt door ggz-professionals. Ongeacht of deze behandelaars zijn verbonden aan een overheidsorganisatie dan wel een particuliere instelling worden hun verrichtingen betaald door Justitie. Of dit, ook op de langere termijn, de meest gewenste en verantwoorde situatie is, zou de Raad willen beoordelen aan de hand van het criterium dat de kwaliteit van de zorg in de praktijk beantwoordt aan de beginselen van equivalentie, individualisering en resocialisatie.

Het internationale gedachtegoed kan meer in het Nederlandse beleid doorklinken dan thans het geval is. De professionele autonomie van de behandelaar dient buiten discussie te staan, mede gelet op de eerder gedane constatering dat het justitiebeleid ook ten aanzien van de forensische zorg sterk is gericht op het verminderen van de (criminele) recidive. Dat is niet de eerste oriëntatie van de zorgprofessional. Mede gelet op het equivalentiebeginsel zou het beter zijn om ten aanzien van de forensische zorg tijdens detentie doelstellingen te formuleren in termen van ‘het bieden van verantwoorde zorg’, ‘resocialisatie’ en ‘het verminderen van risicofactoren’ (zie ook paragrafen 2.3 en 3.2).

#### *‘Ggz-tenzij’*

Ten slotte vormt de verwerkelijking van het principe ‘ggz-tenzij’ (zie paragraaf 2.3, typering 2) een belangrijk ijkpunt voor de zorg in detentie. Als principe staat het al decennialang op de beleidsagenda, maar in de praktijk lijkt het realiseren ervan niet of nauwelijks van de grond te komen. In hoofdstuk 4 wordt hierop nader teruggekomen.

In de zienswijze van de Raad heeft dit uitgangspunt met name betrekking op ernstige psychische stoornissen. Niet elke klacht van psychische aard noopt tot inschakelen van de ggz. Hierbij mag worden bedacht dat ook buiten detentie lang niet iedere klacht leidt tot ggz-bemoeienis en dat dit mede afhangt van de urgentie die betrokkene hierbij ervaart.

Het realiseren van ‘ggz-tenzij’ vraagt inspanning zowel van de kant van Justitie als die van Volksgezondheid. De justitiabele moet immers niet alleen in de richting van de ggz worden geleid, hij moet daar ook (kunnen) worden ontvangen. De in een bestuurlijk akkoord afgesproken vergaande beddenreductie (afbouw van de bedden capaciteit met een derde in 2020) zal de uitstroom vanuit de forensische naar de reguliere gezondheidszorg op zijn zachtst gezegd niet gemakkelijker maken.



## 4. De praktijk van nu en morgen

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een schets gegeven van de zorgvoorzieningen in het gevangeniswezen zoals die op dit moment bestaan of naar verwachting binnenkort tot stand zullen worden gebracht. De bij deze inventarisatie gevolgde werkwijze is beschreven in paragraaf 1.3. Ter aanvulling hierop voor dit hoofdstuk het volgende. Basisinformatie is overgenomen uit beleidsstukken, (product)beschrijvingen en overzichten afkomstig van het ministerie van VenJ en de DJI. Daarnaast zijn gegevens gebruikt, afkomstig van de uitvoerende organisaties, commissies van toezicht en uit wetenschappelijk onderzoek. Tijdens werkbezoeken aan inrichtingen heeft de Raad veel informatie van medewerkers en gedetineerden gekregen. Bij werkbezoeken en gesprekken met deskundigen is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Op een enkele uitzondering na is in groepsverband gesproken. Degenen met wie de Raad heeft gesproken, hebben vrijuit kunnen spreken op basis van de afspraak dat zij niet individueel herkenbaar in het advies worden geciteerd. In dit hoofdstuk worden deze personen aangeduid als respondenten. Waar geen bron is vermeld, betreft het informatie uit werkbezoeken.

Conclusies en aanbevelingen van de Raad volgen in hoofdstuk 5.

Het hoofdstuk is ingedeeld naar de verschillende bestemmingen in het gevangeniswezen. Per bestemming wordt een algemene karakteristiek gevolgd door gegevens over capaciteit, instroom, verblijf en uitstroom. Waar mogelijk en nuttig wordt onderscheid gemaakt tussen staand beleid en praktijk. Elk onderdeel wordt afgesloten met een inventarisatie van aandachtspunten. Vervolgens komen twee onderdeeloverstijgende onderwerpen aan bod: een korte schets van forensische zorg in de ggz (4.6) en processen van indicatiestelling (4.7).

#### 4.1.1 Begrippen, organisaties en procedures

Bij de organisatie en verlening van zorg zijn de volgende organisaties en functionarissen betrokken.<sup>65</sup>

*Bureau selectie en detentiebegeleiding (bsd), medewerker maatschappelijke dienstverlening (mmd), trajectbegeleider terugdringen Recidive (TR)*

Deze afdelingen, respectievelijk medewerkers, zijn belast met:

- inkomstscreening (ISS) van de gedetineerde;
- opstellen detentie- en reïntegratieplannen (D&R);
- planning TR-trajecten (op advies van de reclassering);
- adviseren aan de vrijhedencommissie i.v.m. bovenstaande trajecten.

#### *Multidisciplinair overleg (mdo)*

Het mdo is een wekelijks afdelingsoverleg (afdelingshoofd, bsd, piw-er, trajectbegeleider, arbeid). Het mdo heeft als taken:

- adviseren van de vrijhedencommissie;
- bewaken van de (intramurale) detentietrajecten en D&R plannen;
- beoordelen van bijzondere omstandigheden bij gedetineerden.

Het mdo is in de plaats gekomen van het vroegere gedetineerdenberaad. Het gedetineerdenberaad werd

<sup>65</sup> Zie DJI 2011c, *Productspecificatie preventief gehechte mannen*. In dit hoofdstuk wordt steeds naar deze productspecificatie verwezen. Andere productspecificaties zijn op deze onderdelen geheel of vrijwel geheel gelijklopend.

voorgezeten door de (unit)directeur, het mdo door een afdelingshoofd. Respondenten in inrichtingen spraken twijfel uit of de afdelingshoofden hiervoor voldoende geëquipeerd zijn.

#### *Vrijhedencommissie*

Als uitvloeisel van *Modernisering gevangeniswezen* heeft iedere inrichting een vrijhedencommissie onder voorzitterschap van een (plv.) directeur. Deze commissie beslist over het verlenen van externe vrijheden. Het doel hiervan is het risico op incidenten te verkleinen. De vrijhedencommissie wordt geadviseerd door het mdo, de politie en/of het openbaar ministerie. Respondenten meldden dat de helft van de verlofaanvragen wordt afgewezen. De Raad beschikt niet over algemene cijfers om deze bewering te staven, maar het lijkt interessant om inzichtelijk te maken in welke mate voorstellen tot uitplaatsing naar minder sterk beveiligde afdelingen, binnen of buiten het gevangeniswezen, om beveiligingsredenen stranden.

#### *Psycho-medisch overleg (pmo)*

Het pmo bestaat uit psycholoog (voorzitter), psychiater, arts en verpleegkundige. De taken en de rol van het psychomedisch overleg zijn in het kader van het programma 'Modernisering Gevangeniswezen' sterker aangezet en betreffen, naast de feitelijke zorgverlening:

- *zorgcontinuïteit*: aansluiting op de zorg voor en na de detentie. In dit kader onderhouden van contact met ggz-instellingen.  
Continuïteit van zorg past in de levensloopbenadering, die in het programma 'Modernisering Gevangeniswezen' centraal staat;
- *zorgcoördinatie*: afstemmen van intake, indicatie, uitvoering en evaluatie;
- *zorgadvisering*: adviseren over de te verlenen zorg in detentiesituatie en over de individuele bejegening van gedetineerden met psychomedische problematiek.

#### *Bureau Selectiefunctionarissen*

De selectiefunctionaris beslist namens de minister over plaatsing en overplaatsing van gedetineerden. Het betreft alle plaatsingen in en overplaatsingen tussen penitentiaire inrichtingen, naar inrichtingen buiten het gevangeniswezen zoals forensische klinieken en ggz-inrichtingen. De selectiefunctionaris beslist ook over deelname aan TR-trajecten en verschillende vormen van verlof. Een belangrijk instrument dat hij in dit kader vaststelt en hanteert is het risicoprofiel.

#### *Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)*

Het NIFP is het kenniscentrum voor forensische psychiatrie en psychologie. Het NIFP is ontstaan uit een samenvoeging van de Forensisch Psychiatrische Dienst en het Pieter Baan Centrum. De belangrijkste werkzaamheden zijn advisering, bemiddeling, toetsing, observatie en opleiding.

Het NIFP biedt, behalve forensische diagnostiek ten behoeve van de rechterlijke macht en de tbs-sector, ook forensisch-psychiatrische zorg en behandeling voor gedetineerden. Daarnaast is NIFP-IFZ verantwoordelijk voor de indicatiestelling forensische klinische zorg.

#### *Forensische zorg, ggz, RIBW's*

Forensisch-psychiatrische afdelingen (fpa's) en reguliere afdelingen van psychiatrische klinieken en instellingen voor beschermd wonen stellen volgens contracten met VenJ plaatsen beschikbaar voor gedetineerden. Het einde van de straf of maatregel betekent ook het einde van de opname, tenzij de strafrechtelijke titel wordt gevolgd door een civiele machtiging.

### *Reclassering*

De reclassering (Reclassering Nederland, Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering en de instellingen voor verslavingsreclassering, verenigd in de Stichting Verslavingsreclassering ggz) is zowel als adviseur als uitvoerder betrokken bij de zorg voor gedetineerden met een psychische stoornis. Taken in dit verband zijn:

- diagnose en advies (in strafzaken en m.b.t. detentiefasering, TR): hiertoe behoren risico-inschatting en indicatiestelling voor ambulante zorg;
- toezicht (ambulante begeleiding en controle) in justitieel kader.

Een aantal instellingen voor verslavingszorg voert zowel reclasseringswerk uit als klinische behandeling.

Uit dit overzicht wordt duidelijk dat een groot aantal instellingen en functionarissen een adviserende, besluitvormende of uitvoerende rol speelt ten aanzien van de uitvoering van zorg. Rollen en belangen van betrokken organisaties kunnen samenkomen maar even goed uiteenlopen. Onderlinge verhoudingen, aansturing, coördinatie en continuïteit kunnen problematisch zijn. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt hierop teruggekomen.

#### *4.1.2 Organisatie gevangeniswezen en zorg*

##### *Aantallen zorgplaatsen in het gevangeniswezen en de ggz*

Het gevangeniswezen beschikte tot voor enkele jaren over ongeveer vijfhonderd zorgplaatsen voor gedetineerden met een psychische stoornis in bestemmingen en afdelingen als iba, biba, FOBA en bijzondere zorgafdelingen. De zorgplaatsen zijn nu geconcentreerd in vijf penitentiaire psychiatrische centra (ppc's). Voor een uiteenzetting over het beleid wordt verwezen naar paragraaf 2.3. Buiten de ppc's zijn 320 plaatsen voor gedetineerden in de ggz aanbesteed in fpk's, fpa's en RIBW-instellingen. De DJI hanteert als richtgetal voor het aantal doorplaatsingen naar een bijzondere zorglocatie of naar de ggz zes procent van het totaal aantal gedetineerden; het aantal op grond van de artikelen 15 lid 5 en 43 lid 3 Pbw door te plaatsen gedetineerden bedraagt 240 per jaar.<sup>66</sup>

Zorg aan gedetineerden, verleend door ggz-instellingen van buiten de inrichting wordt aangeduid als *ambulante zorg*. Over het aantal ingekochte contracten voor ambulante zorg zijn geen gegevens beschikbaar. Deze gegevens zijn opgevraagd bij DJI, maar zijn vooralsnog niet beschikbaar.

##### *Bestemmingen, regime*

Het gevangeniswezen kent verschillende bestemmingen en regimes. De kenmerken daarvan zijn beschreven in productspecificaties. In het kader van dit advies worden de verschillende regimes onderscheiden voor zover dat voor het niveau van zorg van betekenis is. Er wordt daarom gesproken over detentieplaatsen die zijn bestemd voor het verlenen van zorg aan gedetineerden met een psychische stoornis (ppc's), isd-plaatsen, extra-zorgafdelingen (ezv's) en 'overige plaatsen'. De laatste categorie wordt gekenschetst als standaardregime. In dit hoofdstuk wordt een karakteristiek gegeven van deze regimes, aan de hand van de productspecificaties, aangevuld met uit werkbezoeken en interviews verkregen informatie.

---

<sup>66</sup> DJI 2011c, blz. 25.

Tabel 3 Capaciteitsverdeling gevangeniswezen is per maart 2012:

Bestemming	Aantal plaatsen	Percentage
Standaardregime huis van bewaring	4736	39
Standaardregime gevangenis incl. (z)bbi	5183	42
Ezv	454	3
Ppc	692	5
Isd	405	3
Overig / reserve	675	6
Totaal	12145	98

Bron: DJI

#### Personeelsbezetting per bestemming

Verschillen tussen standaard- en bijzondere bestemmingen komen onder meer tot uitdrukking in de personeelsbezetting. Onderstaande tabel, uit een van de DJI ontvangen groter overzicht, geeft kengetallen per detentieplaats voor de voor dit advies relevante bestemmingen.

Tabel 4 Personeelsbezetting per bestemming per detentieplaats

	Standaard		Toeslagen zorgplaatsen				Toeslag MGW
	Gevangenis	Hvb	Isd	Ppc	Med. dienst	Ppc ic*	Ezv
Piw/zibw-ers	0,23	0,21	0,33	0,9	-	0,76	0,12
Arts	-	-	-	-	-	-	-
Psycholoog	0,006	0,006	0,025	0,08	-	0,03	-
Perpleegkundige	0,02	0,02	0,03	0,03	0,005	0,18	-
Bsd/bva/mmd	0,05	0,06	0,12	0,06	-	-	-

Bron: DJI, Model fte 2010 0.7 (\* ppc ic = ppc intensive care)

Het overzicht laat geen standaardbezetting zien voor arts en psychiater. De isd kent een ruimere bezetting van vooral psycholoog, verpleegkundige en bsd. In de ppc's en in het bijzonder de ppc-intensive care zijn vrijwel alle functies ruimer bezet. Bij de evz is de toeslag piw het enige zichtbare verschil in de cijfers van de formatieve bezetting ten opzichte van het standaardregime. Met andere woorden: de evz heeft geen extra formatie voor zorg ten opzichte van het basisregime.

## 4.2 Zorg in het standaardregime

### 4.2.1 Beschrijving en ontwikkelingen

Het standaardregime is een belangrijk onderdeel van het gevangeniswezen, niet alleen omdat het ruim viervijfde van alle detentieplaatsen omvat maar ook omdat vrijwel alle gedetineerden in dit regime instromen en er veelal ook de hele detentie doorbrengen. Door- of overplaatsing naar een ander regime vindt plaats in het kader van detentiefasering en bij gedetineerden die wegens persoonskenmerken of de aard van de sanctie voor een bijzondere bestemming of opvang worden geselecteerd.

#### Kenmerken en kengetallen standaardregime

De standaardbezetting p.i.w-ers is volgens bovenstaande opgave ruim 0,2 per detentieplaats. In de praktijk komt dit neer op 2 piw-ers op 24 uitgesloten gedetineerden, dat wil zeggen gedurende perioden dat gedetineerden buiten hun cel zijn. In het standaardregime is er 1 psycholoog op 180 gedetineerden.

Psychologen zijn in dienst van het gevangeniswezen; de psychiater wordt doorgaans betrokken van het NIFP.

#### 4.2.2 Instroom/screening

##### *Beleid*

Voor elke gedetineerde die binnen komt vanuit de vrije samenleving of een politiecel wordt nagegaan of en welke zorg is aangewezen. Daartoe heeft een verpleegkundige op de eerstvolgende werkdag na binnenkomst een intakegesprek met de gedetineerde. In dit gesprek wordt vastgesteld hoe de gezondheidssituatie van de gedetineerde is en welke medische zorgindicatie kan worden bepaald. In urgente gevallen wordt de arts of de spoedarts opgeroepen. Omdat verpleegkundigen in principe uitsluitend tijdens kantoortijden op doordeweekse dagen beschikbaar zijn, duurt het maximaal twee dagen voordat het intakegesprek daadwerkelijk plaatsvindt.<sup>67</sup>

Binnen tien werkdagen na binnenkomst wordt de gedetineerde door een mmd-er gescreend op de 'leefgebieden' werk en inkomen, zorg, schuldsanering en huisvesting. Ook wordt het risicoprofiel vastgesteld en wordt geïndiceerd of de gedetineerde groeps- en gemeenschapsgeschikt is en welk beveiligings- en zorgniveau tijdens het verblijf in de inrichting is aangewezen.

De uitkomst van de ISS wordt binnen tien dagen na binnenkomst behandeld door het mdo, dat op grond hiervan adviseert over het benodigde niveau van toezicht en beveiliging. Voor de risicotaxatie wordt gebruik gemaakt van de (eerder door de reclassering afgenomen) RISc.

Deze gegevens worden, in samenhang met elkaar en samen met een door de psycholoog opgesteld zorgplan verwerkt in het D&R-plan (zie 4.1.1.). Dit plan heeft ook betrekking op de terugkeer naar de samenleving.<sup>68</sup>

##### *Praktijk*

ISS, D&R en mdo zijn blijkens informatie van de DJI nog niet op elke locatie volledig ingevoerd. Ook waar dat wel het geval is, ondergaan niet alle gedetineerden de inkomtscreening. Sommige gedetineerden zitten hiervoor te kort (zie paragraaf 1.4).

Los van dit 'aanloopprobleem' worden er onderwerpen van meer structurele aard genoemd die de functionaliteit van de inkomtscreening beperken.

De plaatsing van preventief gedetineerden, geregeld door het Bureau Capaciteitsbenutting en Logistiek van de DJI, is ongedifferentieerd. Dat wil zeggen dat preventief gedetineerden niet vooraf aan de hand van enig criterium voor een bepaald regime worden geselecteerd. Het hvb ontvangt voorafgaand aan de plaatsing geen informatie over de gedetineerde.<sup>69</sup> Ook essentiële informatie die wel beschikbaar zou kunnen zijn, is soms verloren gegaan of om een andere reden niet aanwezig. Dit kan zelfs het geval zijn bij informatie over psychische problematiek die tijdens een eerdere detentie is geconstateerd. Een ppc-indicatie bijvoorbeeld vervalt bij het einde van de detentie. Als de voormalige ppc-geïndiceerde opnieuw wordt gedetineerd, zijn de indicatie en de daarvoor gebruikte informatie niet meer aanwezig en gaat hij naar een regulier huis van bewaring, terwijl een onmiddellijke ppc-plaatsing wellicht voor de hand zou liggen. De DJI heeft tijdens werkbezoeken eveneens de klacht vernomen dat gedetineerden met ernstige problematiek rechtstreeks van het politiebureau naar een huis van bewaring worden gebracht, terwijl plaatsing in een ppc of de ggz gerechtvaardigd zou zijn.

---

<sup>67</sup> DJI 2011c, blz. 8.

<sup>68</sup> DJI 2011c

<sup>69</sup> Zie ook: IGZ 2009, blz. 25 e.v.

Er is een tekort aan psychologen in de inrichtingen. De DJI werft uitsluitend voor GZ- (=BIG-geregistreerde) psychologen, maar in de praktijk zijn ook basispsychologen werkzaam. Constant staan enkele tientallen vacatures voor de functie van GZ-psycholoog open; naar schatting van de DJI is een kwart van de formatie onbezet.<sup>70</sup> Mede omdat psychologen de pmo's voorzitten zijn deze (al een aantal jaren) onderbezet. In een inrichting werden zorgen geuit over het terugbrengen van het aantal uren psychiater door het NIFP van 2,5 dag naar 1 dag per week. Onder meer door dit capaciteitstekort blijken niet alle stoornissen bij gedetineerden te worden onderkend.

Het selecteren van gedetineerden die door de psycholoog worden gezien, gebeurt verschillend. In een inrichting werd gemeld dat de psycholoog iedereen ziet “die medicatie heeft (naar schatting 40%), verslaafd is of een ggz-voorgeschiedenis heeft”, wat in totaal neerkomt op driekwart van de gedetineerden. In een andere inrichting werd geconstateerd dat iedereen die psychofarmaca krijgt “eigenlijk zou moeten worden gezien”, wat dus kennelijk niet het geval was.

*“Er is te weinig aansturing op de kwaliteit van het pmo.”*

Problematiek kan bij de screening (door de verpleegkundige of de mmd-er) gemist worden als een gedetineerde deze niet zelf meldt, een heteroanamnese is er vaak niet. Medische gegevens kunnen alleen met toestemming van de gedetineerde / patiënt worden opgevraagd. De ‘stille schizofreen’ bijvoorbeeld wordt hierdoor niet altijd herkend.

Voor de screening door de psycholoog ontbreekt een echt screeningsinstrument, althans het consequent gebruik van een dergelijk instrument. De screeningslijst voldoet niet echt en schiet bijvoorbeeld te kort bij het aantonen van een lichte verstandelijke beperking.

Persoonlijkheidsstoornis en verslaving, al dan niet samen, worden bij driekwart van de gedetineerden geconstateerd. De screening door de psycholoog leidt ertoe dat 15 tot 30% van de gedetineerden in het pmo wordt besproken.

Bij een overleg dat de Raad buiten het verband van dit advies heeft gevoerd met directeuren in het gevangeniswezen, constateerden verscheidene van hen dat het pmo in hun inrichting matig functioneerde. Er is te weinig aansturing op de kwaliteit van het pmo.

#### 4.2.3 Zorg tijdens het verblijf

##### *Beleid*

De *basiszorg* omvat eerstelijnsgezondheidszorg. Getracht wordt de kwaliteit hiervan gelijk te laten zijn met de zorg in de vrije samenleving, waarbij rekening gehouden wordt met de beperkingen, die de detentiesituatie met zich meebrengt. Medische basiszorg wordt in alle inrichtingen verleend, onder verantwoordelijkheid van de arts en in overeenstemming met de vastgestelde protocollen, voortkomend uit het project ‘Verantwoorde Medische Zorg in detentie.’

Basiszorg is ook aangewezen voor *gedetineerden met verslavingsproblematiek*. Verslaafde gedetineerden worden, bij wijze van beleidskeuze, niet samen geplaatst op een aparte afdeling. Het beleid is erop gericht hen, via een doorgeleidingprogramma, op vrijwillige basis, toe te leiden naar een ggz-voorziening voor ambulante of klinische zorg. De hulp zal zich beperken tot het zo nodig verschaffen van een onderhoudsdosis methadon gedurende het eerste half jaar, het verschaffen van detoxificatie of onthouding van verslavende

<sup>70</sup> Psychologen in penitentiaire inrichtingen dienen altijd opgeleid te zijn als Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) en geregistreerd te zijn in overeenstemming met de richtlijnen volgens de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg.



middelen en het beperken van schade aan de lichamelijke gezondheid.

Verslaafden die niet direct met een doorgeleidingsprogramma in een instelling voor verslavingszorg kunnen worden opgenomen, kunnen alsnog in een ggz-voorziening voor verslavingszorg worden geplaatst op indicatie en op grond van een justitiële titel. Als een gedetineerde zowel te kampen heeft met verslavings- als andersoortige psychische problematiek kan hij doorgeplaatst worden naar een ppc of dubbele-diagnosekliniek. Het vernieuwde verslavingsbeleid zal volledig zijn uitontwikkeld en geïmplementeerd in 2012.<sup>71</sup>

### *Praktijk*

Inrichtingen betrekken zorg en gedragsinterventies van de ggz ('ambulante zorg'). De Raad heeft geconstateerd dat dit op verscheidene plaatsen nog niet goed loopt. Naar zeggen van respondenten is de verhouding tussen DForZo, dat de centrale inkoop verzorgt, en het gevangeniswezen nog niet optimaal; men lijkt wel nader tot elkaar te komen.

Ook de DJI zelf constateert dat de inkoop van ambulante zorg vanuit de penitentiaire inrichtingen geregeld stagneert. Er wordt onderzocht wat hiervan oorzaken zijn en hoe dit kan worden opgelost. Het tekort aan psychologen is een voor de hand liggende belemmering. Voor een indicatiestelling moet de psycholoog de gedetineerde persoonlijk zien. Voor het inschakelen van ambulante zorg moet de psycholoog, ook vaak weer in persoon, een ggz-instelling benaderen. Dit kan ertoe leiden dat hij de zorg zelf gaat verlenen. Als gz-psycholoog is hij daartoe weliswaar bevoegd en in staat, maar het is niet goed als inschakelen van de ggz achterwege blijft louter uit tijdsoverwegingen.

Er is in het standaardregime één psycholoog op 180 gedetineerden. In de ogen van verschillende respondenten betekent dit dat er nauwelijks sprake is van zorg. Ook onvoldoende beschikbaarheid van een psychiater, en onvoldoende continuïteit daarin (veelvuldig wisselen) werd gemeld. De commissie van toezicht bij een van de penitentiaire inrichtingen vroeg in oktober 2011 bij de Raad aandacht voor dit punt:

*“De cvt ziet echter dat er een steeds grotere groep gedetineerden is die behoefte heeft aan psychiatrische bijstand en voor wie deze niet of onvoldoende beschikbaar is. Het aantal uren dat de psychiater beschikbaar is, is onvoldoende om aan iedereen de juiste hoeveelheid aandacht te geven. Veelal leiden de contacten ertoe dat slechts kan worden overgegaan tot het geven van medicatie. Een verdergaande vorm van psychiatrische hulpverlening, bijvoorbeeld door plaatsing in een ppc, is in de meeste gevallen niet aan de orde, omdat de problemen hiervoor net niet groot genoeg zijn. Werden deze gedetineerden in het verleden op een iba of een bijzondere zorgafdeling geplaatst, nu komen ze veelal op een gewone afdeling terecht waar het moeilijk is om extra aandacht te geven aan deze groep gedetineerden.*

*Door de inrichting wordt de toename van het aantal gedetineerden met psychiatrische problemen onderkend. De inrichting voelt zich verantwoordelijk voor deze gedetineerden maar stelt daarbij vast dat zij onvoldoende middelen hebben om aan alle gedetineerden met psychiatrische problemen voldoende hulp te kunnen bieden.”*

Deze commissie tekende verder aan dat gedetineerden die wel contact hadden met de psychiater tevreden waren over de hulpverlening. De Raad heeft bovenstaande brief met de vraag om een reactie voorgelegd aan de (46) andere cvt's bij het gevangeniswezen.

Hierop zijn tien reacties ontvangen. Zes cvt's beoordeelden de kwaliteit van de zorg als voldoende, de overige

---

<sup>71</sup> DJI 2011c, blz. 14.

vier lieten zich hier niet over uit. De kwantiteit van de zorg kreeg van vijf cvt's een voldoende en van drie een onvoldoende, terwijl twee commissies hierover niets meldden. Twee cvt's meldden dat de inrichting een kwantitatief probleem in de zorg onderkent maar geen middelen heeft om hieraan tegemoet te komen; een cvt gaf aan dat uitbreiding van de uren psycholoog gewenst was. Een cvt constateerde dat psychologen en psychiaters moeilijk zijn te bewegen om in een penitentiaire inrichting te komen werken.

Respondenten gaven verder aan dat weinig medewerkers oog hebben voor kwetsbare gedetineerden. Door de bijscholing in 'motiverend bejegenen' ontwikkelen piw-ers "wat meer gevoel" voor problematiek bij gedetineerden, "maar het blijven vooral beveiligers: zelfs als problemen worden gesignaleerd, wordt daar niets mee gedaan". "Ervaring en opleiding van piw-ers zijn van belang om kwetsbare gevallen op te sporen. Bij het middenkader zie je meer ontwikkeling. Een stage van afdelingshoofden in de ggz zou goed werken".

Er is niet veel tijd en gelegenheid voor observatie. Respondenten constateerden dat tweederde van de gedetineerden korter dan zes weken<sup>72</sup> in de inrichting verblijft en vroegen zich af hoe ver men in zo'n korte tijd kan komen met het onderkennen en aanpakken van problemen.

Verslaving, autisme en lichte verstandelijke beperkingen worden door respondenten 'ondergeschoven kindjes' bij de zorgvoorziening genoemd. Voor autisme en lvb is er geen specifiek behandelaanbod. Verslaafden gaan niet naar een ppc, tenzij ze daarnaast aan een andere stoornis lijden. Het zou daarom het beste zijn als de basiszorg een verslavingsbehandeling zou omvatten, wat nu niet het geval is. Het in de ogen van zorgverleners veel te strikte drugsbeleid in de inrichtingen zou in de weg staan van het ontwikkelen en uitvoeren van deze behandeling.

#### 4.2.4 Uitstroom

##### *Beleid*

Het uitgangspunt voor door- en uitplaatsing van gedetineerden met een psychische stoornis luidt in het algemeen 'ggz, tenzij' en dit geldt dus ook voor het standaardregime.

##### *Praktijk*

Het pmo screent voor vervolgzorg. Het tekort aan psychologen en in verband daarmee hun te hoge werklast vormt ook op dit punt een belemmering. Psychologen komen daardoor onvoldoende toe aan het indiceren voor vervolgzorg.

De procedure voor overplaatsing naar een ppc wordt als redelijk hanteerbaar ervaren; deze verloopt veel beter en sneller dan eertijds naar de (versnipperde) iba's. Ongecompliceerd verloopt zo'n overplaatsing overigens niet:

***"Het aanmelden voor een ppc kost me uren aan administratie".***

Het ppc kan wel een tussenstap zijn naar de ggz. Hoewel ook ggz-plaatsing beter en sneller verloopt dan naar de voormalige iba, wordt de uitstroom naar de ggz toch als moeizaam ervaren, zeker in vergelijking met plaatsing in een ppc. De procedure voor ggz-plaatsing is omslachtig: er zijn maar liefst dertig stappen te doorlopen (zie verder in 4.7). Dat neemt zes à acht weken in beslag. Een complicerende factor is de noodzakelijke toestemming van het OM voor een ggz-plaatsing.

De praktische mogelijkheid van overplaatsing naar een ppc is onder meer afhankelijk van de

<sup>72</sup> Zie ook paragraaf 1.4.

opnamecapaciteit van de (gezamenlijke) ppc's. Praktische ervaringen met de opnamemogelijkheid bij ppc's lopen uiteen. Waar één inrichting zegt altijd wel plaats te vinden, ondervindt een andere inrichting dat de capaciteit van de ppc's onvoldoende is.

Het is mogelijk dat uitstroom naar ppc's kleiner is dan gewenst, doordat lokale pmo's onvoldoende bekend zijn met hetgeen het ppc te bieden heeft. Meer regionale plaatsingen zijn van belang om beter geïnformeerd te zijn en overdracht te regelen.

Een aspect dat volgens zorgverleners ernstig afbreuk doet aan het uitgangspunt 'ggz-tenzij' is het te grote gewicht dat wordt toegekend aan het gevaarsrisico. Gedetineerden worden daardoor geplaatst in een omgeving met een hoger beveiligingsniveau dan naar hun inzicht nodig is. Het overgrote deel van de klinische indicatiestellingen door het NIFP betreft verwijzingen naar (zwaarder beveiligde) fpk's en fpa's; het NIFP verwijst in slechts zeer beperkte mate naar de reguliere ggz en naar ppc's. Respondenten merkten in het bijzonder het feit dat de selectiefunctaris *preventief gedetineerden* uitsluitend plaatst in de fpk's en niet in fpa's (ggz) als een ernstige beperking aan. Een commissie van toezicht signaleerde dit probleem eveneens. Onderstaande tabel toont aantallen klinische indicatiestellingen in 2010 en 2011 door het NIFP. De cijfers laten duidelijk zien dat –afgezien van de categorie 'onbekend' – vrijwel alle indicatiestellingen in de richting gaan van inrichtingen voor forensische psychiatrie met een gemiddeld of hoog beveiligingsniveau. Plaatsing in de reguliere ggz of in een tbs-kliniek is zeldzaam.

Tabel 5 Klinische indicatiestelling naar type voorziening

Niveau van beveiliging	2010	in %	2011	in %
Laag (reguliere ggz)	58	3%	111	4%
Gemiddeld (fpa)	754	35%	1118	37%
Hoog (fpk)	707	33%	1007	33%
Zeer hoog (fpc en ppc) <sup>73</sup>	17	1%	14	0%
Onbekend, stopgezet <sup>74</sup>	602	28%	782	26%
Totaal	2138	100%	3032	100%

Bron: NIFP/ IFZ (bewerking RSJ)

Een tweede factor die een ggz-opname in de weg kan staan is het feit dat VenJ weliswaar plaatsen in de ggz inkoopt maar dat klinieken geregeld gedetineerden weigeren in verband met beheersproblematiek. De ggz werkt overigens wel aan de invoering van gesloten afdelingen. Een *good practice* werd gevonden in een inrichting waar een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van een ggz-instelling regelmatig langs komt voor overleg met pmo, om mogelijke patiënten op te sporen.

De uitstroom naar de ggz *na afloop* van de justitiële titel verloopt moeizaam als de gedetineerde daar niet aan wil meewerken. Daarnaast wordt tevens geconstateerd dat de uitplaatsing naar verslavingszorg stagneert. Respondenten schrijven dit mede toe aan het feit dat de eertijds bestaande verslaafdenbegeleidingsafdelingen zijn opgeheven. Ten slotte ervaren zorgverleners een probleem bij de overdracht van informatie bij invrijheidstelling.<sup>75</sup> Waar er geen lijn is van het pmo naar de huisarts, is de informatieoverdracht afhankelijk van de ex-gedetineerde zelf. Dit wordt niet als een juiste en betrouwbare gang van zaken beschouwd.

<sup>73</sup> Het hier weergegeven aantal ppc-indicaties is slechts een deel van het totaal: naast het NIFP indiceren vooral de pmo's voor ppc-plaatsingen (brief d.d. 29 september 2009 van DJI aan PI's en pmo's).

<sup>74</sup> Een substantieel deel van de indicatiestellingen blijkt onvolledig ingevuld omdat indicaties zijn stopgezet (justitabele werd niet afgestraft) en omdat het informatiesysteem volgens het NIFP in de beginjaren nog niet gebruiksvriendelijk was.

<sup>75</sup> Zie ook: IGZ 2009, blz. 25 e.v.

#### 4.2.5 Aandachtspunten standaardregime

- Gedetineerden met psychische problematiek die op zichzelf plaatsing in de ggz of een ppc zou rechtvaardigen, worden bij gebrek aan informatie hierover vanuit het politiebureau niet in een zorgvoorziening maar in een huis van bewaring geplaatst.
- Inrichtingen kampen met een tekort aan psychologen. Er zijn veel vacatures, terwijl de normale bezetting van 1 psycholoog op 180 gedetineerden al als veel te krap wordt ervaren. Dit belemmert de screening en de zorgverlening. Ook het functioneren van de pmo's is hierdoor te vaak zwak of matig, aangezien de psycholoog deze hoort voor te zitten.
- Ondanks dat de taken van de inrichtingspsycholoog verschuiven van behandeling naar coördinatie, werft de DJI uitsluitend gz-psychologen. Daarvan is er landelijk een tekort.
- Als psychische problematiek bij de inkomstscreening wordt gemist, is de kans groot dat deze ook later niet meer wordt opgemerkt doordat piw-ers daar onvoldoende voor zijn toegerust.
- Het uitgangspunt 'ggz tenzij' komt onvoldoende tot zijn recht. Medewerkers weten niet of nauwelijks wat dit zou moeten impliceren. Op risicobeheersing gerichte contra-indicaties en ingewikkelde en tijdrovende procedures verhinderen plaatsing in een zorgvoorziening.

### 4.3 Zorg in de extra-zorgvoorziening (ezv)

#### 4.3.1 Beschrijving en ontwikkelingen<sup>76</sup>

##### Beleid

De extra zorgvoorziening (ezv) behoort tot het standaardregime en is bedoeld voor het stabiliseren en beschermen van kwetsbare gedetineerden die (psychosociale) zorg nodig hebben, maar relatief weinig beheersproblemen veroorzaken, en moet hen waar nodig motiveren voor een zorgtraject. De ezv zelf wordt echter niet aangemerkt als zorgvoorziening.

De ezv is in de plaats gekomen van de 'bijzondere zorgafdeling' (bza). Op 31 locaties (van de 29 vestigingen) beschikt men over een ezv. Het betreft een 'interne differentiatie': de directeur is bevoegd tot plaatsing, tenzij het een overplaatsing betreft buiten de vestiging; deze is voorbehouden aan de selectiefunctionaris.

Uitsluitend zorginhoudelijke overwegingen zijn leidend bij de plaatsing op deze afdelingen.<sup>77</sup> De DJI hanteert echter naast psychische kwetsbaarheid ook bescherming van de eigen veiligheid als indicatie voor plaatsing. Contra-indicatie is met name de aanwezigheid van forse persoonlijkheidsproblematiek. Als de kans op ontregeling van het afdelingsklimaat te groot is, wordt betrokkene of regulier geplaatst of overgeplaatst naar een meer op beheersing gerichte afdeling (intern of extern). Als sprake is van psychiatrische problematiek en meer zorg / bejegening / behandeling noodzakelijk is, wordt gestreefd naar overplaatsing naar een ggz instelling of een ppc.

De ezv-plaatsen hebben zowel een hvb- als gevangenisbestemming. De ezv-afdeling omvat 24 of 12 eenpersoonscellen.

Zowel de wijze van bejegenen als het dagprogramma moeten rust en structuur bieden. In dit kader merkt de DJI het als een voordeel aan dat ezv's het regime van beperkte gemeenschap kennen, ook de ezv's die de dubbele bestemming van hvb en gevangenis hebben. In dit regime zijn gedetineerden buiten de activiteiten

<sup>76</sup> Feitelijke gegevens in deze paragraaf zijn verkregen van de DJI, o.a. de Productbeschrijving Extra Zorgvoorziening (DJI 2010a en Eindtermen ezv (DJI 2010b).

<sup>77</sup> DJI 2011c, blz. 14.

ingesloten en kan daardoor gemakkelijker een prikkelarme omgeving en een persoonsgerichte invulling van het dagprogramma worden gerealiseerd. Waar mogelijk kan het dagprogramma worden uitgebreid (het open-deurenbeleid). Op kleinere units moet veelal het dagprogramma in combinatie met andere bestemmingen worden gerealiseerd. Met alle logistieke problemen van dien.

De ezv behoort tot het standaardregime en het niveau van bejegening en zorg is identiek daaraan. De medewerkers zijn piw-ers. Het essentiële verschil met het standaardregime zit in het detentieklimaat: de ezv biedt een ondersteunend milieu in kleinere groepen. Piw-ers op de ezv zullen affiniteit moeten hebben met de doelgroep, goed kunnen observeren en rapporteren en kunnen werken met verslaafden en gedetineerden met een verstandelijke beperking. Uitzonderingssituaties daargelaten (zoals afdelingen waar nieuw binnenkomende gedetineerden en ezv zijn gecombineerd) hebben de medewerkers gekozen voor het werken op de ezv. In een intern stuk van de DJI over de ezv's wordt geconstateerd dat bij het merendeel van de ezv's het personeel voldoende opleiding heeft gehad (naast de cursus Motiverend bejegenen, die door alle piw-ers wordt gevolgd) of deze in 2012 zal krijgen.

### *Praktijk*

#### - Organisatie

Ezv's zijn er in de volgende organisatievormen:

- een afzonderlijke unit van 12 ezv-plaatsen, veelal gecombineerd met een inkomstenafdeling of gevangenis (zes locaties);
- een afzonderlijke unit van 12 ezv-plaatsen, gecombineerd met zogenaamde luwteplaatsen tot een 'ezv' van 24 plaatsen (tien locaties);
- een afzonderlijke afdeling van 24 ezv-plaatsen (tien locaties);
- een specifiek daartoe geschikte afdeling (oude EBI, biba, bza etc. met een afwijkende capaciteit) is toegewezen aan de ezv (vijf locaties).

Uit bovenstaande is af te leiden dat er 31 ezv-locaties bestaan, maar niet hoeveel ezv-plaatsen er zijn.

Informatie uit werkbezoeken bevestigt dat de ezv zowel psychisch kwetsbare gedetineerden huisvest als personen die voor hun eigen veiligheid niet op een standaardafdeling kunnen verblijven. Gelet op de zeer verscheiden problematiek van beide groepen wordt het uit elkaar halen wel als gewenst beoordeeld. Velen spreken over de ezv als een luwteafdeling. In bovenstaande opsomming worden 'luwteplaatsen' echter onderscheiden van een ezv. In publicaties van de DJI komt de term luwteafdeling of -plaats, voor zover wij hebben kunnen nagaan, niet voor.

Gesignaleerd wordt dat 'vroegere iba-gedetineerden', dat wil zeggen personen met vrij zware problematiek, nu in de ezv terecht komen. "Met de populatie van de ezv in onze inrichting zou een ppc zijn te vullen", aldus een van onze zegslieden.

***"Met de populatie van de ezv in onze inrichting zou een ppc zijn te vullen."***

De DJI merkt een goede samenwerking tussen psycholoog en afdelingshoofd aan als een sterke succesbepalende factor voor het optimaal functioneren van een ezv.

Als belangrijkste aspecten van de ezv worden de gebouwelijke voorziening, de bejegening en het weghouden van 'druk gevende' medegedetineerden aangemerkt. De selectie van gedetineerden is dus belangrijk. Aanwezigheid van 'spraakmakende gevallen' drukt een zwaar stempel op de afdeling.

Ezv-personeel vraagt sinds anderhalf jaar om een ezv-opleiding, tot dusverre zonder resultaat; zij klagen ook over de (gebrekkige) informatie-uitwisseling met pmo en psycholoog.

De afstand tussen/onbekendheid met ppc is vanuit PI (ook ezv) groot.

- *Capaciteit*

Het totaal aantal plaatsen is naar zeggen van respondenten sterk gereduceerd ten opzichte van de voormalige bza's<sup>78</sup>. Niet alleen is er nu een ezv per *vestiging* waar er eertijds doorgaans een op elke *locatie* bestond, ook zouden de afdelingen op zichzelf minder plaatsen tellen dan de bza's. Een van de bezochte inrichtingen beschikt over 10 ezv-plaatsen op 400 gedetineerden.

De behoefte aan ezv-plaatsen wordt in verband gebracht met de (krappe) capaciteit van de ppc's. Hierbij speelt mee dat er nogal wat gedetineerden zijn die te kort in het gevangeniswezen verblijven voor doorplaatsing naar ppc. Vooral in de hvb's is de behoefte aan ezv-plaatsen groot.

Uit informatie van de DJI blijkt dat bij de verdeling van de ezv-capaciteit over de vestigingen is uitgegaan van de inrichtingscapaciteit en van een te verwachten percentage van gedetineerden dat voor een ezv in aanmerking zou kunnen komen. In juni 2011 was al duidelijk dat het hanteren van deze criteria niet tot de meest optimale verdeling had geleid. Om hieraan tegemoet te komen zouden in 2012 op vijf locaties in totaal 47 nieuwe of extra ezv-plaatsen worden gecreëerd. Bij het schrijven van dit advies is niet bekend in hoeverre dit plan al is verwerkelijk.

De extra personeelsinzet komt in de praktijk neer op 1,5 fte voor 12 gedetineerden tegenover 1 fte op de standaardafdelingen. In geld uitgedrukt heeft een bezochte inrichting €19,45 per gedetineerde per dag extra beschikbaar voor een ezv-geplaatste.

#### 4.3.2 *Instroom/screening*

Het vanuit het politiebureau plaatsen van preventief gedetineerden met ernstige psychische problematiek, al genoemd in 4.2.2, werd ook tijdens werkbezoeken aan ezv's veel als knelpunt genoemd. Specifiek gaat het om een toenemend aantal 'vrijdagmiddagplaatsingen'. Hiermee wordt bedoeld op plaatsingen kort voor het weekend teneinde politiecellen vrij te maken. Hierbij komen in bewaring gestelden het huis van bewaring binnen zonder dat dit gepaard gaat met informatie over hun persoon. Vervolgens blijkt dat plaatsing op een ppc of crisisplaatsing in de ggz meer gerechtvaardigd zou zijn geweest. Vervolgens komt de gedetineerde via de ezv in een isoleercel met cameratoezicht (voor zover aanwezig) terecht en wordt de maandag erop getracht betrokkene alsnog over te plaatsen. Ezv-medewerkers bevelen aan om de ketensamenwerking in het gevangeniswezen te verbeteren. Belangrijke spelers hierbij zijn de ezv's en de ppc's. Het lijkt te ontbreken aan kennis van elkaars mogelijkheden en beperkingen. Een van de aandachtspunten van het 'project ppc tweede fase' is het anders positioneren van de ppc's in de regio's. De projectleider ppc zou de ketensamenwerking kunnen verbeteren, bijvoorbeeld door het organiseren van regionale bijeenkomsten, waarin wederzijdse verwachtingen worden uitgesproken afspraken worden gemaakt over informatie-uitwisseling.

Ten aanzien van de vrijdagmiddagplaatsingen uit het politiebureau werden als oplossingen geopperd:

- Vrijdagmiddagplaatsingen in hvb, ezv en/of ppc zijn onvermijdelijk. Pas hier de processen op aan.
- Versterk de contacten met politie en OM en overige betrokken ketenpartners en informeer hen over de mogelijke risico's die de gedetineerden en het personeel van de inrichting lopen.
- Maak met het NIFP nadere afspraken voor het overdragen van informatie door de districtpsychiater of politiearts.

---

<sup>78</sup> De Raad beschikt niet over de voormalige bza-capaciteit; de omvang van deze 'interne differentiaties' was een verantwoordelijkheid van de inrichtingsdirectie.



- Reserveer noodcapaciteit bij de ppc's en zorg via de afdeling Capaciteit en Logistiek in nauwe samenwerking met de selectiefunctionaris en DV&O voor versnelde plaatsingen op een ppc.
- Onderzoek de mogelijkheden om crisisplaatsingen ook in het weekend te realiseren, conform de reguliere crisisopvang in grote steden. Overweeg desnoods een opnameplicht.

De plaatsing op een ezv loopt altijd via het pmo, waar nodig door middel van een advies achteraf.<sup>79</sup> Men komt binnen via de eigen inkomstafdeling, via een andere ezv of door (terugplaatsing) vanuit ppc. Punt van aandacht is het plaatsen vanuit een andere locatie van de vestiging waartoe de ezv behoort. Hiervoor is een beslissing van de selectiefunctionaris vereist. De DJI wil de regelgeving op dit punt versoepelen.

De laatste jaren is er een toename van instroom vanuit het politiebureau, terwijl het aantal plaatsingen vanuit reguliere PI's afneemt.<sup>80</sup> De DJI vermoedt dat gedetineerden na de inkomstenfase vaker rechtstreeks op de ezv worden geplaatst. Dit kan betekenen dat de ISS de 'niet-pluis-groep' eerder detecteert.

*“Een tweede ezv-afdeling erbij zou zonder meer vol raken.”*

Een ezv-afdelingshoofd was ervan overtuigd dat een tweede ezv-afdeling erbij zonder meer vol zou raken. Maar men leert roeien met de riemen die men heeft. Als ezv vol zit, dan wordt gekeken of er iemand naar een reguliere afdeling kan worden teruggeplaatst.

#### 4.3.3 Verblijf

##### *Praktijk*

De DJI concludeert in een interne evaluatie dat ezv's zijn ingericht op de daarvoor aangewezen plaatsen en dat deze grotendeels voldoen aan de eisen die zijn gesteld in de productbeschrijving en de 'eindtermen' voor ezv's. Verbetering zou mogelijk zijn in de schakel standaardafdeling – ezv- ppc/ggz en uitbreiding van de ezv is gewenst. De DJI heeft de ezv's op verschillende punten vergeleken met (het geheel van) gevangenissen en huizen van bewaring, aan de hand de gedetineerdersurvey 2011.<sup>81</sup> Gedetineerden blijken de ezv op bijna alle onderdelen significant hoger te waarderen dan het hvb en de gevangenissen. De iets lagere score op het aspect 'gezondheid' valt de DJI mee, gelet op de problematiek van psychische kwetsbaarheid. Opvallend is dat het gevoel van veiligheid op de ezv lager is, waar in verband met de kleinschaligheid en het detentieklimaat een hogere score verwacht zou worden. De DJI schrijft dit toe aan het feit dat deze groep extra kwetsbaar en veelal angstig en onzeker is, niet weet wat hen boven het hoofd hangt en zich over het algemeen minder veilig voelt. De DJI onderzocht ook de medewerkerstevredenheid. Ezv-medewerkers beoordelen vrijwel alle onderdelen, maar vooral inhoud van het werk en bejegeningaspecten, hoger dan gemiddeld.

Medewerkers meldden bij werkbezoeken van de Raad dat zij weinig gelegenheid hadden voor gesprekken met psycholoog en psychiater en voor nazorg. Hoewel de ezv niet is bedoeld als tussenstation van standaardafdeling naar ggz of ppc, wordt ezv-plaatsing in de praktijk wel voor dat doel gebruikt. De DJI ontvangt van pmo's regelmatig het signaal dat sprake is van te lange wachttijden voor plaatsing naar de ggz en dat met ppc-plaatsingen wisselende ervaringen bestaan. Dit leidt er mede toe dat de gedetineerden eerder naar een ezv worden geplaatst in plaats van op de reguliere afdeling een plaatsing naar de ggz of ppc af te wachten. Dit zet de ezv onder druk.

Respondenten wezen op het gevaar dat men op een ezv 'zorg' gaat verlenen die niet in verhouding

<sup>79</sup> Het belang hiervan wordt bevestigd door uitspraken van de beroepscommissie (11/1228/GA en 11/1174/GA) waarbij het advies van het pmo ontbrak en de klacht van de gedetineerde gegrond werd verklaard.

<sup>80</sup> Zie tabel 4.1 in bijlage 4.

<sup>81</sup> Zie tabel 4.2 in bijlage 4.

staat tot de ernst van de problematiek. Dan is goede screening en uitplaatsing naar ggz of ppc vanuit een standaardafdeling beter dan in de ezv 'hobbyisme bedrijven'. Inrichtingen met een ezv moeten niet pretenderen dat ze de problemen wel aankunnen.

#### 4.3.4 Uitstroom

##### Praktijk

Uit informatie van de DJI blijkt dat de voor doorplaatsing naar een ppc benodigde tijd tussen de twee en vier weken ligt. Bevindingen uit werkbezoeken van de Raad bevestigden dit. Een lange wachttijd voor plaatsing op een ppc geeft druk op de zendende inrichting. Daarnaast werd het uitwisselen van informatie bij terugplaatsing genoemd en blijkt er veel onduidelijkheid te bestaan waar gedetineerden met psychiatrische problematiek in combinatie met een forse persoonlijkheidsstoornis het best kunnen worden geplaatst.

#### 4.3.5 Aandachtspunten extra zorgvoorziening

- De term 'extra zorg' strookt niet met het feit dat op de ezv sprake is van *basiszorg*. Het 'extra' zit in een combinatie van selectie, eenpersoonscellen en een iets grotere bezetting van p.i.w-ers en het 'beschermende en supportieve milieu'. De ezv maakt echter geen deel uit van de 'zorgketen'.
- De ezv-capaciteit wordt in de inrichtingen als krap ervaren en de spreiding over het land is niet optimaal.
- In de ezv worden gedetineerden aangetroffen met ernstige psychische problematiek, die bij voorkeur naar de ggz of een ppc zouden moeten worden overgeplaatst.
- De afstand tussen standaardafdeling en ezv aan de ene kant en ppc/ggz aan de andere kant wordt als te groot ervaren.
- Er is de Raad niet gebleken van substantiële betrokkenheid van ppc's bij de inrichting van ezv's in hun regio, terwijl hun rol hierin zinvol kan zijn.
- De ezv fungeert te vaak ten onrechte als (beoogd) tussenstation tussen standaardafdeling en ggz of ppc, overigens zonder dat de doorplaatsing naar ggz of ppc werkelijk wordt gerealiseerd. De druk tengevolge van uitstroombelemmering naar ppc en ggz wordt verlegd van standaardafdelingen naar de ezv.

## 4.4 Penitentiair psychiatrisch centrum (ppc)

### 4.4.1 Beschrijving en ontwikkelingen<sup>82</sup>

#### Beleid

Ppc's zijn (afdelingen van) penitentiaire inrichtingen, op te vatten als psychiatrische crisiscentra met een hoog beveiligingsniveau. Het ppc biedt 'verantwoorde psychiatrische zorg' binnen de doelstelling van het gevangeniswezen als geheel: tenuitvoerleggen van de vrijheidsstraf, beveiliging van de maatschappij, terugdringen van recidive.

Wat wordt bedoeld met verantwoorde zorg?

Bij de inrichting van de ppc's in 2006/2007 werd gesproken over "zorg equivalent aan de zorg in de ggz, rekening houdend met de context van de detentiesituatie". In 2010 constateerde de DJI dat het, nu de ppc's aan het begin stonden van hun ontwikkeling, niet realistisch was om te spreken van equivalente zorg en moest "voorshands" worden gesproken van 'verantwoorde zorg'. Los van het feit dat beide begrippen voor interpretatie vatbaar zijn, zijn de ambities kennelijk naar beneden bijgesteld. Of en wanneer ppc's op een

<sup>82</sup> Bronnen voor deze paragraaf zijn o.a.: DJI 2011d (Stroomgegevens ppc/p.i.), DJI 2012f (Doorzorg uit voorzorg, jaarbericht ppc's 2011-2012) en DJI 2012d (ppc Facts&Figures 2012).



niveau komen waarbij equivalente zorg zal worden geboden, is op dit moment niet duidelijk. In de nota *Verantwoorde zorg in de ppc's* (2010)<sup>83</sup> wordt het begrip verantwoorde zorg nader gedefinieerd en worden voorwaarden beschreven waaraan een ppc moet voldoen, wil er verantwoorde zorg geboden kunnen worden.

In de het ppc-beleid staat, in de lijn van *Modernisering gevangeniswezen*, de levensloopbenadering centraal: de detentie is een fase in het leven van gedetineerde; het is vooral van belang om aansluitende vervolgvorzieningen goed te regelen. De staatssecretaris ziet effecten van behandeling graag terug in recidivecijfers. Onderzoek hiernaar is nog pril. In overleg met de Tweede Kamer heeft de staatssecretaris zich tevreden getoond over de ontwikkeling van de ppc's. Respondenten spraken echter de vrees uit dat de staatssecretaris al in 2013 wil bepalen of de ppc's in de bestaande opzet doorgaan, terwijl er nog weinig bekend is over de effecten. Politieke tegenwind kan bij uitblijven aantoonbaar effect op recidive ook een bedreiging vormen.

De taken van het ppc zijn:

- opvang;
- diagnostiek;
- stabiliseren;
- acute en medisch noodzakelijke behandeling;
- motiveren en mobiliseren voor medicijngebruik en verdere behandeling;
- doorverwijzing (ggz, RIBW, verslavingszorg, etc.) of terugplaatsing naar een penitentiaire inrichting;
- ketenvorming en samenwerking om continuïteit van zorg na detentie te garanderen.

Nu de ppc's enkele jaren functioneren, loopt vanaf 2012 de 'doorontwikkeling tweede fase'. De DJI verwacht dat de ppc's nog vijf tot zeven jaar nodig hebben om "tot volle wasdom te komen". De belangrijkste onderdelen van de doorontwikkeling zijn het vaststellen van een productbeschrijving en het gaan fungeren van het ppc als regionaal kenniscentrum. Bij dit laatste wordt gedacht aan de volgende functies:

- het beschikbaar stellen van inhoudelijke expertise aan penitentiaire inrichtingen;
- de juiste patiëntenstromen sturen richting ppc, ggz intramuraal of ambulant;
- kwaliteitsverbetering en professionalisering van in de penitentiaire inrichtingen werkzame psychologen;
- regionale samenwerking rond het thema zorg, onder de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid van de directeur zorg en behandeling van het ppc.
- Het ppc als geheel krijgt in deze opzet een stimulerende, en zijn directeur een sturende rol in kwaliteitsontwikkeling en werkprocessen op het gebied van de forensische zorg voor gedetineerden. Het functioneren van de inrichtingspsychologen in een brede zin (taakstelling, deskundigheid, capaciteit en beschikbaarheid, plaats in de organisatie) is een belangrijke doelstelling. De DJI ondersteunt de doorontwikkeling met een speciale staf en organiseert een leer- en 'tegenspraak'-proces met externe deskundigen. De DJI organiseert in 2012 en 2013 audits bij de ppc's.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg rapporteerde in augustus 2011 naar aanleiding van een (herhaalde) bezoeken dat de ppc's "onder moeilijke omstandigheden met de grootst mogelijke betrokkenheid goede progressie wisten te realiseren".

---

<sup>83</sup> Wesselius e.a., blz. 14 e.v.

De IGZ liet zich positief uit over het door de ppc's gehanteerde kwaliteitssysteem maar plaatste kritische kanttekeningen bij de (oppervlakkigheid van de) indicatiestelling, de deskundigheid, positie en bevoegdheden van de zbiw-ers en fragmentatie in de dossiersystematiek.<sup>84</sup>

### *Praktijk*

In januari 2012 werd de productspecificatie verwacht, maar deze is nog niet verschenen. Hierin worden positionering, organisatie en personeelsbezetting beschreven. Deze kaders en randvoorwaarden moeten de ppc's als een 'gevestigd instituut' neerzetten. Op basis van de productomschrijving kunnen de DBBC's verder worden ontwikkeld. Dit jaar worden in samenwerking met het Trimbosinstituut drie zorgprogramma's beschreven. De ontwikkeling van de ppc's verloopt, naar bevindingen uit de werkbezoeken van de Raad uitwijzen, volgens plan en het niveau van zorg is redelijk op orde. Hun onderlinge samenwerking draagt hieraan nadrukkelijk bij.

Verschillen tussen ppc's hebben betrekking op:

- meer / minder de functie van crisisinterventie;
- speciale aandacht voor de opleiding van psychologen;
- de mate van uitstraling van deskundigheid naar de eigen locatie/regio;
- de bestemming (mannen/vrouwen);
- de omvang.

Het ppc Maastricht is als enige gestart met volledig nieuw personeel, de vier andere ppc's met personeel afkomstig van voorgaande bestemming (Foba, iba of regulier penitentiair regime). Ppc Maastricht wijkt verder van de andere vier af doordat staf en faciliteiten worden gedeeld met een dependance van een tbs-kliniek. Ppc Maastricht is daarnaast een zelfstandige vestiging, terwijl de vier andere ppc's deel uitmaken van een vestiging met verscheidene andere penitentiaire bestemmingen.

Het ppc-personeel wordt, in vergelijking met de reguliere ggz, omschreven als 'robuuster', in de betekenis van meer gericht op en toegerust voor het handhaven van orde en veiligheid. In dit opzicht zijn er ook tussen de vijf ppc's accentverschillen.

Bij het verder ontwikkelen van de ppc's rijst de vraag in hoeverre onderlinge verschillen gewenst zijn. Er worden argumenten voor en tegen (verdere) 'specialisatie' van ppc's gehoord. Een zekere specialisatie zou goed zijn voor de ontwikkeling van een pluriform, breed aanbod. Een geheel aselechte plaatsing van gedetineerden zou ook niet realistisch zijn omdat dit voor elk ppc volledige deskundigheid zou vergen ten aanzien van elke vorm van problematiek en gedrag. Aan de andere kant is regionale plaatsing alleen mogelijk op basis van uniformering van zorg(programma's). Er is op dit moment overigens weinig verschil in populatie tussen de ppc's. Respondenten verklaren de bestaande verschillen vooral uit historische gegevens, dus vanuit de voorgaande bestemming van de locatie waar de ppc nu is gevestigd.

Op verschillende plaatsen wordt gebrek aan (continuïteit van) aanwezigheid van specifieke zorgverleners (psychiaters, psychologen) als probleem ervaren. In de ppc's is dit probleem echter veel minder groot dan in de reguliere en ezv-regimes.

---

<sup>84</sup> IGZ 2011, blz. 7.

Op verscheidene vlakken wordt een ‘uitstralingseffect’ van het ppc waargenomen. Dit kan betrekking hebben op kwaliteitsontwikkeling van de zorg in inrichtingen of afdelingen buiten het ppc zelf en vindt bijvoorbeeld plaats door rechtstreekse aansturing en door het opleiden (en laten rouleren, ook naar reguliere regimes) van psychologen.

De DJI zou ppc’s een stimulerende rol willen toebedelen ten opzichte van penitentiaire inrichtingen in de regio, onder meer door uitwisseling van en inhoudelijke steun voor psychologen, opdat dezen minder geïsoleerd komen te functioneren. Ook ten aanzien van andere aspecten van het regime kan het ppc ontwikkelingen stimuleren. Een voorbeeld daarvan is het versoepelen van het drugsanctiebeleid in de inrichting waarvan een ppc deel uitmaakt.

De ppc’s hebben aansluiting gevonden bij het landelijke Forensisch Netwerk. Hoe ver de participatie reikt is de Raad niet duidelijk geworden.

### *Capaciteit*

Van de beoogde 700 ppc-plaatsen (zie ook 4.1) zijn er inmiddels 676 gerealiseerd.<sup>85</sup> De bezetting hiervan bedroeg in september 2011 595 (2010: 550).<sup>86</sup>

#### *4.4.2 Instroom/screening*

##### *Beleid*

Zoals al is aangegeven in de paragrafen ‘uitstroom’ standaardregime en ezv, wordt de indicatiestelling voor ppc-plaatsing verricht door het NIFP/IFZ. Het initiatief gaat uit, en de informatie is merendeels afkomstig van het pmo van de zendende inrichting. Plaatsing rechtstreeks vanuit het politiebureau is mogelijk maar komt (nog) niet veel voor. Plaatsing geschiedt formeel door de selectiefunctionaris. De gedetineerde kan bezwaar aantekenen tegen de plaatsingsbeschikking maar niet tegen de onderliggende indicatiestelling.

##### *Praktijk*

###### *- Procedure*

Plaatsing in een ppc kan in crisissituaties heel snel worden gerealiseerd maar in standaardsituaties duurt het twee à drie weken. Regionaal verschilt dit. IFZ en pmo werken per inrichting/regio verschillend. Respondenten merken op dat het ppc onvoldoende gegevens krijgt over de binnenkomende gedetineerde. Dat is niet alleen het geval als deze van het politiebureau komt maar ook als hij vanuit een penitentiaire inrichting wordt overgeplaatst. Over verleende zorg in de zendende inrichting is vaak niets bekend. Er lijkt daarnaast geen gebruik te worden gemaakt van bevindingen uit eerder opgemaakte (PJ-) rapportages. In de ogen van ppc-respondenten is de rol van het NIFP (IFZ) bij indicatiestelling inhoudelijk overbodig en tijdrovend. Vergelijkbare kritiek ontmoet het optreden van de selectiefunctionaris, die bovendien oneigenlijke criteria zou hanteren die sterk worden bepaald door beveiligingsoverwegingen. De selectiefunctionaris zou teveel meegaan met het verhardende politieke klimaat en niet inzien of erkennen dat terugval normaal is in een resocialisatieproces. Sommige respondenten hebben de indruk dat het merendeel van de patiënten zich slecht kan vinden in de ppc-plaatsing:

***“Het ppc heeft onder gedetineerden het imago van gekkenhuis”.***

---

<sup>85</sup> DJI 2012d.

<sup>86</sup> DJI 2012b.

Anderen merken daarentegen nooit verzet tegen ppc-plaatsing, de gedetineerden zouden het eerder prettig vinden; bij degenen die zich ertegen verzetten is dit ook vanuit het ziektebeeld verklaarbaar. Feit is dat weinig gedetineerden beroep tegen de plaatsing aantekenen.

- Indicatiestelling terecht?

Respondenten uit ppc's verklaren dat het ppc alle aangeboden gedetineerden opneemt. Er komen naar hun inzicht nauwelijks of geen gedetineerden binnen die niet in een ppc thuishoren. Niettemin uiten respondenten in ppc's wel kritiek of twijfels ten aanzien van de redenen van plaatsing vanuit de reguliere inrichtingen.

De aard van de problematiek, en vooral van het gedrag van de binnenkomende gedetineerden wijkt af van de verwachtingen: terwijl de ppc's vooral bedoeld waren voor 'verborgen psychiatrie', blijken geplaatste gedetineerden juist 'acting-out-psychiatrie' te vertonen. Het valt op dat het merendeels overlastgevend gedetineerden zijn, die worden aangeboden. Een derde van ppc-populatie betreft decompenserende isd-ers. Men acht het waarschijnlijk dat gestoorde gedetineerden die niet opvallen, niet worden geïndiceerd. Waar de kink in de kabel precies zit, kan vanuit het ppc niet worden waargenomen, maar ondanks dat er nu een ISS plaatsvindt, komen (ernstig) gestoorde soms niet voor ppc-indicatie in beeld. Ook is het vermoeden uitgesproken dat doorplaatsing naar ppc soms achterwege blijft uit financiële overwegingen.

Het NIFP heeft vanaf oktober 2010 de door de lokale pmo's opgestelde ppc-indicaties achteraf getoetst op het juist hanteren van het uitgangspunt 'ggz-tenzij'. Een plaatsing wordt in vier situaties als 'terecht' aangemerkt: als er een harde contra-indicatie tegen ggz-plaatsing bestaat, als het OM daarvoor geen toestemming geeft, als de gedetineerde er niet mee instemt of als er sprake is van onvoldoende diagnostiek. Aan de hand van deze criteria achtte het NIFP 98% van de plaatsingen terecht. Er werden op 284 toetsingen zes 'onterechte' plaatsingen geconstateerd in de zin dat plaatsing in de ggz mogelijk zou zijn geweest. In vier van deze gevallen bleek achteraf dat de ggz de gevaagde zorg en beveiliging had kunnen bieden; in één geval was er geen sprake van een harde contra-indicatie tegen ggz-plaatsing en eveneens in één geval bleek de gedetineerde wel toestemming te hebben gegeven voor ggz-plaatsing.

- Insluitingstitel, kenmerken van gedetineerden

Gegevens van het ppc Amsterdam en landelijke cijfers laten zien dat preventief gedetineerden, isd-ers en tbs-ers in de ppc's zijn oververtegenwoordigd ten opzichte van veroordeelden tot een gevangenisstraf. Veertig tot vijftig procent van de gedetineerden is preventief gedetineerd en afkomstig uit een regulier huis van bewaring, merendeels een huis van bewaring in de eigen regio.<sup>87</sup>

Aard van de psychische problematiek

Uit van het ppc Amsterdam verkregen informatie blijkt dat alle geplaatste gedetineerden lijden aan enige DSM-asI-problematiek. Een kwart van hen heeft *daarnaast* een asII-stoornis. Terwijl bij ongeveer de helft een middelenstoornis bekend is, heeft 10% deze zeker niet. 40% is eerder gedwongen behandeld, 25% vrijwillig. Verder is "forse psychosociale problematiek" aanwezig. Het aantal verstandelijk beperkten is niet bekend.

---

<sup>87</sup> Zie tabellen 4.3 tot en met 4.6 in bijlage 4.

#### 4.4.3 Verblijf, therapie

##### Praktijk

De doorstroom (500 plaatsingen per jaar op 130 bedden) in de ppc's wordt als hoog aangemerkt en als een hectische situatie ervaren. De veelheid aan justitiële titels en multiproblematiek vergroten de druk. De gemiddelde opnameduur bedraagt 3 à 4 maanden, maar dit gemiddelde wordt naar boven getrokken door de aanwezigheid van enkele levenslang gestraften. Hoewel het personeel een hoge werkdruk ervaart, is er meer tijd voor contact met de gedetineerden dan in het standaardregime.

Respondenten zijn van mening dat plaatsing en verblijfsduur eerder door de justitiële titel worden bepaald dan door de zorgbehoefte of de aard van de psychische stoornis.

Ongeveer 30% van de gedetineerden is 'langverblijvend'. Zij krijgen groepstherapieën (muziek, drama, beeldende vorming, psychomotorische training) of individuele therapieën zoals agressieregulatietherapie en (binnenkort) EMDR<sup>88</sup> aangeboden.

Een respondent constateerde dat er levenslanggestraften in het ppc (zoals ook in tbs-longstay of EBI) verblijven die gezien hun psychische conditie niet op ppc-zorg zijn aangewezen, en pleitte voor een voorziening in een reguliere inrichting met op deze mensen toegespitste zorg en bejegening.

Verslaving als zodanig wordt volgens respondenten niet als een specifieke problematiek herkend. Behandeling blijft daarom achterwege; het ppc is hier ook niet op toegerust. Het beleid is gericht op controle en constatering van mogelijk gebruik. Gedetineerden bij wie verslaving het grootste probleem is, worden aan meer uc's onderworpen en veelal overgeplaatst naar een verslavingskliniek. Methadon wordt afgebouwd, zoals in detentie gebruikelijk is.

*"De behandeling van verslaafden, autisten en lvb-ers zijn een ondergeschoven kindje."*

De patiënt stabiliseren en uitplaatsen naar de ggz is het streven. Maar gedetineerden bij wie uitplaatsing niet aan de orde is (of het advies daartoe door de selectiefunctionaris niet wordt overgenomen) moeten in het ppc worden behandeld en geresocialiseerd. Vaak is stabiliseren echter het enig haalbare.

Het personeel had graag de mogelijkheid om de gedetineerden met externe vrijheden te laten oefenen.

#### 4.4.4 Uitstroom

##### Praktijk

In combinatie met de instroomcijfers (4.4.2) blijkt dat de grootste bewegingen in het gevangeniswezen die tussen ppc's onderling zijn.<sup>89</sup> De uitstroom naar de ggz betreft in totaal (klinisch en ambulante) bijna een derde van de patiënten. Dit strookt met informatie uit werkbezoeken: overplaatsing naar de ggz wordt "de eerste optie" genoemd, die "ook in veel gevallen slaagt". De uitstroom naar de ggz in enige vorm werd geschat op dertig procent. Daniëls daarentegen kwam in 2011 naar aanleiding van de bevinding dat uitplaatsing naar de ggz bij slechts een vijfde deel van de patiënten plaatsvond tot het oordeel dat van het uitgangspunt 'ggz-tenzij' niet veel terecht kwam<sup>90</sup>. Gezien de kenmerken van de betreffende gedetineerden en de terughoudendheid bij de justitiële administratie achtte hij het uitgangspunt daarom niet realistisch. In hoofdstuk 5 wordt hierop verder ingegaan. Een vijfde deel van de patiënten gaat terug naar een regulier huis van bewaring (maar niet

<sup>88</sup> Eye Movement Desensitization and Reprocessing, een therapie tegen trauma's, angsten en depressie.

<sup>89</sup> Zie tabellen 4.7 en 4.8 in bijlage 4.

<sup>90</sup> Daniels 2011, p. 277.

speciaal een hvb in de regio), terwijl ruim de helft van de ppc-patiënten daarvandaan afkomstig was.

### *“Ppc-patiënten worden als hete aardappelen doorgeschoven”*

Respondenten merken op dat de ‘achterdeur’ de achilleshiel van het systeem is: “ppc-patiënten worden als hete aardappelen doorgeschoven”. Driekwart van hen verlaat de inrichting zonder aansluitende zorg. Het grootste probleem ligt wat dit betreft bij gedetineerden die na hun detentie geen justitiële titel meer hebben. Dat is niet ongebruikelijk, omdat ppc-gedetineerden vrijwel nooit voldoen aan de criteria voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Er is veelal sprake van chronische problematiek waarbij blijvende zorg en begeleiding nodig is om recidive te voorkomen. Veel instellingen zijn hier bij een wegvallend justitieel kader niet op toegerust, de nodige forensische kennis en expertise is dan niet of onvoldoende aanwezig. Ook voortgezet verblijf in een fpa is na afloop van de justitiële titel niet meer mogelijk. Een civiele rechterlijke machtiging voor opname “is nog wel te regelen”, maar de bijbehorende vervolgvoorziening niet. Een respondent ziet de art. 37-plaatsing als de enige reële variant voor voortgezette opname, in een variant waarbij de zorg wordt geboden door de ggz en justitie de beveiliging voor haar rekening neemt.

#### 4.4.5 Aandachtspunten ppc's

- De ppc's zijn na hun oprichting in 2009 nog volop in ontwikkeling. De DJI steunt deze ontwikkeling intensief. In de gezamenlijkheid komen protocollen en zorgprogramma's tot stand, in de diversiteit verschillen de ppc's op belangrijke punten, onder meer in de mate waarin zij in de eigen regio een voortrekkersrol vervullen of als kenniscentrum fungeren. Het is van belang dat het 'eindpunt' van de ontwikkeling helder wordt omschreven, met een oriëntatie op het juiste evenwicht tussen institutionalisering en flexibiliteit, en dat daar een breed draagvlak voor wordt gevonden. Complicatie hierbij is het grote aantal betrokken partijen, met visies en belangen die uiteenlopen van primair justitieel (veiligheid, voorkomen van recidive) naar primair medisch (behandelen van stoornissen).
- Van groot belang is een gedeelde beleidsvisie op het begrip 'behandeling' in het ppc. Moet deze verder gaan dan crisisinterventie en stabilisering, zoals de huidige situatie kan worden gekenschetst?
- De indicatiestelling voor ppc-plaatsing (door het lokale pmo, achteraf getoetst door het NIFP) vertoont onvolkomenheden, met als blijvende risicofactor dat gedetineerden met een stoornis die zich 'onopvallend' gedragen, niet als zodanig worden herkend dan wel dat inrichtingen een voorkeur hebben voor het overplaatsen van overlastgevende gedetineerden.
- Er wordt verschillend gedacht over de mate waarin het uitgangspunt 'ggz-tenzij' wordt gerealiseerd. Wellicht speelt hierbij mee wat men tot de ggz rekent: 'elke zorgaanbieder buiten het gevangeniswezen' (de officiële definitie) of alleen de 'reguliere ggz' (zie ook 4.6.2). Dat het NIFP bij toetsing achteraf vrijwel alle plaatsingen als terecht aanmerkte, is gelet op de gehanteerde criteria begrijpelijk. Er hadden echter meer gedetineerden naar de ggz kunnen worden overgeplaatst als men zowel in het gevangeniswezen als de ggz wat meer risico zou durven nemen.
- Veel ppc-gedetineerden komen niet in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Zij blijven tot aan het einde van de detentie in de ppc en bij beëindiging van de justitiële titel is het regelen van vervolgzorg moeilijk.

## 4.5 Zorg in inrichtingen voor stelselmatige daders (isd)

### 4.5.1 Beschrijving en ontwikkelingen

Zeer actieve veelplegers kunnen sinds 2004 voor maximaal twee jaar geplaatst worden in een Inrichting voor stelselmatige daders (isd). Het eerste oogmerk van de maatregel is het tegengaan van nieuwe strafbare feiten. Daarnaast biedt de maatregel de mogelijkheid tot gedragsbeïnvloeding om de kans op recidive te verkleinen. Er zijn op dit moment 600 isd-plaatsen in penitentiaire inrichtingen en 126 in extramurale voorzieningen. De uitvoering is, in navolging van de bedoeling van de wetgever op dit punt, gestart met een inhoudsarme vrijheidsbeneming in een zeer beperkt regime: “Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de reële kans op recidivevermindering aanwezig lijkt, zullen intensieve programma’s (zoals de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden) ... worden aangewend. ... Als uitgangspunt geldt dus: standaardregime, tenzij”.<sup>91</sup> Nadat in de praktijk bleek dat een grote meerderheid van de isd-ers kon worden gemotiveerd voor deelname aan behandel- en resocialisatieprogramma’s, en de rechter ook daadwerkelijk bleek toe te zien op een inhoudelijke invulling van de maatregel, werd het beleid in deze zin aangepast. In het voorjaar van 2008 presenteerde staatssecretaris Albayrak een *Verbeterplan isd* met als belangrijkste punten

- een verbeterde diagnostiek en verblijfsplan;
- vergroting deskundigheid personeel;
- doorstroom naar zorginstellingen;
- aangepaste programma’s voor mensen met een verstandelijke beperking of psychische stoornis;
- invoering van een halfopen fase ;
- verbetering aansluiting nazorg.<sup>92</sup>

In het *Beleidskader plaatsing in een isd* van 2009 is vastgelegd dat de isd, als daar – blijkens de uitkomst van RISC – aanknopingspunten voor zijn, wordt uitgevoerd in een trajectregime.<sup>93</sup>

Het laatste overleg van de staatssecretaris van VenJ met de vaste Kamercommissie over de isd vond plaats op 28 juni 2012. Er was in de commissie steun voor het creëren van de mogelijkheid om de maatregel te verlengen, nadat was geconstateerd dat twee jaar in de praktijk soms te kort is om behandeling af te ronden. Maar ook werd aangedrongen op eerder starten met de behandeling.

Het WODC heeft de isd-maatregel onlangs beoordeeld op haar effect op recidive. De isd-populatie is in dat kader vergeleken met twee controlegroepen van zeer actieve veelplegers, te weten een groep tot sofv veroordeelden (uitgestroomd in 2003 en 2004) en een groep tot gevangenisstraf veroordeelden (uitgestroomd in 2007 en 2008). Het WODC stelde vast dat de isd-maatregel effectiever lijkt in het reduceren van de criminaliteit onder zeer actieve veelplegers dan een standaard vrijheidsstraf. Het percentage ex-isd-ers dat recidiveerde was lager dan in de controlegroepen, zij het nog altijd hoog (72% tegen 84 – 88%). Of het positieve effect het resultaat is van de vrijheidsbeneming als zodanig, van behandeling of van resocialisatie werd in dit onderzoek niet vastgesteld.<sup>94</sup> Voor de vraagstelling in dit advies is vooral de aard van de problematiek van belang bij de isd- en de laatstgenoemde controlegroep. De onderzoekers hebben hiervoor gegevens gebruikt uit het cliëntvolgsysteem van de reclassering. Onderzoek uit 2008 had al aan het licht gebracht dat de groep isd-ers problematischer was dan aanvankelijk verwacht werd, vooral door de combinatie van verslavingsproblemen, ernstige psychiatrische problematiek en verstandelijke beperkingen. Alle isd-ers

<sup>91</sup> MvJ 2004.

<sup>92</sup> Kamerstukken II, 2007-2008, 31 110, nr. 4, p. 3-4.

<sup>93</sup> *Beleidskader plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders*, ministerie van Justitie 2009; *Richtlijn voor strafvordering bij meerderjarige veelplegers (w.o. vordering van de maatregel isd bij stelselmatige daders)*, College van Procureurs-generaal 1 juli 2009.

<sup>94</sup> Tollenaar en van der Laan 2012. De feitelijke informatie over de isd in deze paragraaf is ontleend aan deze WODC-studie.



kampen met verslavingsproblemen.<sup>95</sup> Het overzicht van de 554 zeer actieve veelplegers die van 2004 tot en met 2008 een isd-maatregel opgelegd hebben gekregen, voegt daaraan het volgende toe. Het merendeel was man en gemiddeld waren ze bijna veertig jaar oud bij het opleggen van de maatregel. Meer dan de helft van de isd-ers was in Nederland geboren. Iets minder dan de helft van de isd-ers was van autochtone herkomst. Surinamers en Marokkanen vormden de grootste etnische minderheidsgroepen. Vier op de tien veelplegers in de isd-groep had als hoogste opleiding het lager onderwijs. Bijna negen op de tien isd-ers was werkloos of arbeidsongeschikt.

Tabel 6 Kenmerken van isd-ers qua problematiek (in percentages)

Problematiek	isd-ers	tot vrijheidsstraf veroordeelde veelplegers
Lichamelijk	23,4	18,2
Psychisch	43,3	40,0
Verslaving	81,6	68,0
Relaties	40,0	39,9

Bron: Tollenaar en van der Laan 2012

Het WODC-onderzoek had geen betrekking op de aard van de verleende zorg en interventies en verwijst daarvoor naar onderzoeken uit 2008 en 2009.<sup>96</sup> Uit deze onderzoeken – evenals uit daaraan voorafgaande rapporten van de IST en de RSJ – bleek dat de isd in de praktijk niet overal werd uitgevoerd zoals bedoeld. Terwijl het algemene uitgangspunt in de loop van de tijd wel was veranderd in de richting van ‘behandeling, tenzij’, bleek de kernproblematiek (waaronder psychische en verslavingsproblemen) nauwelijks te worden aangepakt (zie verder 4.5.3). In de ketensamenwerking (het lokale veelplegersoverleg) waren in de loop van de jaren “grote vorderingen” gemaakt, maar gebrek aan aansluiting met zorginstellingen bleef een groot knelpunt. De in 2009 gestarte inkoop van zorgtrajecten in de ggz en het (zij het langzaam) toenemend aantal erkende gedragsinterventies voor verslaafden bieden gaandeweg meer therapeutische mogelijkheden voor isd-ers. Struijk ziet hierbij als belangrijk winstpunt dat een meer integrale vorm van forensische zorg tot stand komt: “Specifiek gericht op de tot nu toe onderbedeeld gebleven groep justitiabelen met *triple* problematiek, combineert de nieuw ingekochte zorg de expertise vanuit de verslavingszorg, psychiatrische zorg en verstandelijk gehandicapenzorg”<sup>97</sup>.

De isd-inrichtingen beschikken met zibw-ers, (traject)psycholoog (1 fte op 40 plaatsen) en structurele deelname van een psychiater aan teamoverleg over een hoger zorgniveau dan het hvb. In het kader van het ‘Verbeterplan isd’ wordt meer ambulante zorg ingekocht en krijgt elke piw-er extra scholing op zorg. Er is één isd-inrichting voor vrouwen. Het totaal aantal isd-vrouwen is te klein om hen over meer inrichtingen te spreiden. De bundeling in één inrichting zorgt voor bundeling van expertise, maar maakt de afstand tot de woonplaats van de betrokken isd-ers meestal groot.

#### 4.5.2 Instroom/screening

##### Praktijk

Naar zeggen van respondenten start de tweejaarstermijn van de isd in de regel bij binnenkomst van de veroordeelde in de isd-inrichting of -afdeling; het voorarrest en de wachttijd voor isd-plaatsing

<sup>95</sup> Goderie e.a. 2009, blz. 24.

<sup>96</sup> Goderie en Lünemann 2008, Van Ooyen-Houben en Goderie 2009.

<sup>97</sup> Struijk 2011, blz. 406; Kamerstukken II 2008-2009, 31.110, nr. 11, blz. 2.



(gemiddeld 14 -16 maanden) gaan daaraan vooraf.<sup>98</sup> Isd-ers komen binnen in het standaardregime; er is een intakeperiode van circa 28 dagen.

In de werkbezoeken vond de Raad bevestiging van het profiel van ‘de isd-er’ zoals dat naar voren komt in de verschillende aangehaalde onderzoeken: 100% is verslaafd –voornamelijk drugs –, vaak bijkomende psychotische problematiek; de meerderheid is zwakbegaafd / laag intelligent.

***“Sommigen zijn beheersmatig en wat betreft de problematiek zo zwaar dat het opleggen van tbs beter zou zijn geweest”.***

Respondenten plaatsten vraagtekens bij de selectie van vrouwen die in aanmerking worden gebracht voor het opleggen van een isd. Zij schrijven dit toe aan de veronderstelling dat RiSc, waarop het opleggen van de maatregel is gebaseerd, voor vrouwen niet goed werkt.

Respondenten noemden de samenwerking met de reclassering goed; men ontvangt een samenvatting van RiSc-afnames.

De isd-inrichtingen die de Raad bezocht, waren niet alle volledig bezet met isd-ers. In een van de locaties werd dit onder meer veroorzaakt doordat de plaatsen van degenen die in een kliniek verblijven, open bleven. Deze inrichting was blij dat de isd-afdeling niet werd opgevuld met arrestanten (een andere bestemming van deze inrichting), die gezien werden als een heel lastige, problematische en ongemotiveerde groep. Terzijde: de isd-ers werden kennelijk niet zo ervaren. Op een voor vrouwen bestemde isd-afdeling werden open plaatsen opgevuld met langgestrafte vrouwen, wat men wel een passende combinatie vond.

#### 4.5.3 Verblijf

##### *Praktijk*

##### Activiteiten- en behandelaanbod

Goderie en Lünemann concludeerden hierover in 2008 het volgende. Er is een grote groep welwillende isd-ers die door een (ernstige) psychiatrische of persoonlijkheidsstoornis en/of een verstandelijke beperking niet geschikt is voor de isd-maatregel. Zij behoren een zorgaanbod te krijgen. Deze doelstelling wordt niet gehaald. .... Binnen twee maanden moet hiertoe een plan van aanpak liggen. In de praktijk gaat hier vaak een langere periode overheen (een half jaar is geen uitzondering). ... het aanbod (is) niet voldoende gevarieerd en niet altijd op maat gesneden en toegerust voor deze specifieke doelgroep van hardnekkige recidivisten. Het is de vraag of de bestaande trainingen de kernproblematiek van de zeer actieve veelplegers aanpakken, of dat een vorm van behandeling nodig is”.

Tegelijk geeft het onderzoek aan dat het zo slecht niet hoeft te gaan: er zijn verschillende *good practices* waargenomen, zowel op het gebied van informatieverzameling, snelheid van extramurale plaatsing en resocialisatie. Het (verder) ontwikkelen van interventies zal geen eenvoudige zaak zijn, uitgaande van de bevinding van Goderie en Lünemann dat “de isd-populatie een complexe groep betreft met een langdurige problematiek, waarvoor in het verleden uiteenlopende vormen van hulp en begeleiding en repressie zijn ingezet. ... er zijn geen eenduidige clusters van hulpvragen of problemen gevonden.”

Respondenten verklaren dat de isd-er na de intakeperiode ‘het traject ingaat’, wat neerkomt op “drie tot zes maanden wachten op de NIFP-indicatiestelling”. Niet alleen spreekt hieruit dat de indicatiestelling lang

---

<sup>98</sup> Deze mededeling vraagt om nader onderzoek, omdat de totale periode van vrijheidsbeneming de maximale isd-termijn ver overschrijdt.

uitblijft, met het woord “wachten” wordt ook uitgedrukt dat in deze periode qua behandeling weinig gebeurt. Het WODC rapporteerde hierover in 2008: “Het ontbreekt in alle gevallen aan een tijdig (binnen vier weken) verblijfsplan. Ook de kwaliteit wisselt. Reden hiervoor is onder andere dat vaak relevante informatie ontbreekt, zoals rapportages van psychiaters en/of psychologen, rapporten van andere penitentiaire inrichtingen, of informatie uit de jeugd van de persoon. De Inspectie voor de Sanctietoepassing komt min of meer tot dezelfde conclusies...”<sup>99</sup> PI Hoogeveen, de inrichting met het uitgewerkte verbeterplan, verricht de nadere diagnose binnen zes weken. Het re-integratieplan is in concept klaar binnen vier weken en uitgewerkt binnen acht weken, zij het dat de reclassering deze termijn niet altijd haalt.

*“Het traject komt neer op drie tot zes maanden wachten op de indicatiestelling”.*

Respondenten gaven overigens te kennen dat behandelen in een penitentiaire inrichting hoe dan ook een lastige zaak is; de zibw-er is geen behandelaar.

In een van de inrichtingen drukt men het zo uit: er wordt niet behandeld maar er is wel sprake van behandelvoorbereiding en er worden gedragsinterventies uitgevoerd. De aanpak is noodgedwongen vaak individueel: voor groepsprojecten zijn zes tot twaalf deelnemers nodig en “zoveel zijn er op een afdeling van 20 plaatsen nooit te vinden. Op dit moment zitten er maar 12 isd-ers op de afdeling”. Een behandelgroep moet ook bestaan uit personen die in principe met elkaar door één deur kunnen: “de vrouwen willen ook vaak niet met sommige anderen in een groep”.

Zoals ook in de ppc’s werd geconstateerd, mist het personeel mogelijkheden om gedetineerden in de praktijk te laten oefenen met hetgeen bij gedragsinterventies aan nieuw gedrag is geleerd. Op deze manier is van therapie geen blijvend effect te verwachten.

Personeel vindt het vooral lastig omgaan met persoonlijkheidsproblematiek (isd-ers bij wie het ziekte-inzicht onvoldoende is) en worstelt met personen die niet meewerken. Dat is overigens een minderheid. Medewerkers bevestigden de onderzoeksbevinding dat de meeste isd-ers voor behandeling zijn te motiveren: “een heel enkele isd-er is totaal niet gemotiveerd en blijft twee jaar in het standaardregime”. Op een andere locatie verklaarden gedetineerden daarentegen dat veel isd-ers de hele maatregel in een sober regime uitzitten. Deze isd-ers ervoeren 80% van het personeel als “niet-betrokken”.

#### 4.5.4 Uitstroom

##### *Beleid*

In het *Verbeterplan isd* uit 2009 is voorafgaand aan de extramurale fase (plaatsing in een verslavingskliniek of andere ggz-voorziening) het inlassen van een halfopen fase mogelijk gemaakt. In deze fase is het mogelijk dat de isd-er de penitentiaire inrichting verlaat voor dagbehandeling. Voor de extramurale fase wordt door middel van inkoop voorzien in een aanbod van ggz- en RIBW-voorzieningen, ook voor isd-ers met meervoudige problematiek. Nadat de procesevaluatie in 2008 aan het licht had gebracht dat de regierol van de reclassering nog onduidelijk werd ingevuld en het toezicht intensiever zou moeten zijn, is ook hierin vanaf 2009 verbetering aangebracht.<sup>100</sup>

<sup>99</sup> Goderie en Lünemann 2008.

<sup>100</sup> Kamerstukken II, Vergaderjaar 2008-2009, 31110 nr. 10.

### *Praktijk*

Het uitvoeren van de indicatiestelling voor de ggz-plaatsing zou twee of drie weken in beslag moeten nemen, maar respondenten geven zoals gezegd aan dat dit veel langer duurt. Ook inhoudelijk uiten respondenten twijfels en kritiek. Het NIFP doet niet alleen lang over de indicatie maar wijkt ook nog geregeld af van de in een eerder stadium gegeven adviezen, zelfs als die in het vonnis zijn overgenomen. Soms “is het prettig dat zij meekijken”, maar al met al heeft de NIFP-indicatie weinig meerwaarde t.o.v. de grondige screening door de gedragskundigen in de isd-inrichting. Het NIFP doet het “van papier” en ziet niets dat nog niet eerder is gezien. De indicatie wordt niet gedaan door een gedragskundige.

***“Het is onzinnig om steeds delen van rapportages over te schrijven.”***

Ten slotte signaleert men het gevaar dat de rechter de isd te lang vindt duren zonder dat er wordt behandeld, en de maatregel opheft. Dat gebeurt gelukkig niet vaak.

De NIFP-indicatiestelling zou volgens gedragskundigen vereenvoudigd moeten worden tot

1. een marginale toets op bulkzaken;
2. deskundig collegiaal advies bij aangedragen problematische gevallen.

Naast het pmo en het NIFP zijn ook de vrijhedencommissie van de inrichting en de selectiefunctionaris betrokken bij het beoordelen van voorstellen voor isd-trajecten. Respondenten (gedragskundigen) ervaren dat deze gremia het beveiligingsaspect zwaarder zijn gaan laten wegen. Een positieve urinecontrole kan al voldoende reden zijn om uitplaatsing te blokkeren, tegen het advies van het pmo in. In verband met dit laatste is ook de kritiek van Van Houten op het drugsontmoedigingsbeleid relevant.<sup>101</sup> Isd-ers worden geregeld wegens druggebruik gestraft met afzondering, als gevolg waarvan zij “een groot deel van de tijd ... niet beschikbaar zijn voor de aangeboden programma’s”. Van Houten plaatst een vraagteken bij de beheersvisie in isd-inrichtingen. Vergelijkbare kritiek op het rigide drugsbeleid in penitentiaire inrichtingen, dat uitvoering van zorg in de weg staat, werd ook tijdens de werkbezoeken gehoord.

Nadat de indicatiestelling is verricht, levert de feitelijke plaatsing in de gekozen vervolgvoorziening vaak opnieuw wachttijd op. Respondentengaven aan dat het drie tot vier maanden kan duren voordat er plaats is in een fpk. Gemiddeld duurt het, gerekend van de aanvang van de maatregel, meer dan een half jaar voordat iemand naar een kliniek wordt doorgeplaatst. De daadwerkelijk voor behandeling beschikbare tijd is daardoor uiteindelijk minder dan een jaar, terwijl een gemiddelde verslaafde minstens een jaar behandeling nodig heeft. Respondenten nemen waar dat aanvankelijk bestaande motivatie verdwijnt door het te lang durende van het indicatie- en plaatsingsproces en door negatieve ervaringen en adviezen van andere gedetineerden.

Doorgaans is men in de ggz “snel met het verlenen van vrijheden”. Het komt echter ook voor dat een overgeplaatste gedetineerde de al op de isd-afdeling opgebouwde vrijheden na overplaatsing in de kliniek opnieuw moet verdienen, omdat de informatie daarover niet worden overgedragen.

***“Justitie hecht meer aan het twee jaar lang van de straat houden van isd-ers dan aan behandeling.”***

Met sommige klinieken hebben isd-inrichtingen afgesproken dat zij patiënten gemakkelijk voor een time-out naar de inrichting kunnen terugplaatsen, als hun gedrag voor de kliniek onhandelbaar wordt. In de

---

<sup>101</sup> Van Houten 2009, blz. 126.

visie van gedragskundigen gaat herstel nu eenmaal gepaard met vallen en opstaan en daarom moet iemand meermalen tussen kliniek en PI heen en weer kunnen pendelen als dat nodig is en zolang de kliniek kansen op behandeling ziet. Zolang de tenuitvoerlegging van de isd-maatregel loopt, zou dat qua rechtspositie zonder problemen moeten kunnen. Respondenten constateren echter dat de directie voorzichtig is met het voor een tweede maal aanbieden voor uitplaatsing naar een kliniek, wegens het belang van goede verhoudingen met de selectiefunctionaris. De selectiefunctionaris is strikt in het uitgangspunt dat iemand niet meer dan één herkansing krijgt. Ketenpartners (politie, OM, DJI en selectiefunctionaris) hechten meer aan de maatschappelijke veiligheid en het twee jaar lang van de straat houden van isd-ers dan aan behandeling.

#### 4.5.5 Aandachtspunten isd

De isd-populatie vormt een heterogene groep, die vraagt om een pluriforme aanpak.

Veel isd-inrichtingen hebben te maken met lange termijnen; de periode tussen aanvang van de maatregel en plaatsing in een (verslavings)kliniek wordt als te lang ervaren. Terwijl velen dit toeschrijven aan lange doorlooptijden bij de NIFP-indicatiestelling en wachtlijsten bij klinieken, rapporteert het NIFP zelf vrij korte doorlooptijden. Dit vraagt om nadere gegevens.

Isd-ers kennen veelal een jarenlang (gedrags)patroon gekenmerkt door middelengebruik en onmaatschappelijkheid. Behandelaars ervaren belemmeringen in verband met een al te rigide antidrugsbeleid in het gevangeniswezen en vragen om soepelheid in grensverkeer tussen penitentiaire inrichting en verslavingszorg.

### 4.6 Relatie gevangeniswezen met de geestelijke gezondheidszorg

Omdat dit advies gaat over de zorg voor gedetineerden, zal hier geen gedetailleerd beeld worden gegeven van de organisatie van ggz buiten het gevangeniswezen, maar beperken wij ons tot de verhouding met de ggz en de werking van het uitgangspunt 'ggz, tenzij', zoals deze in het gevangeniswezen wordt ervaren. Het principe 'ggz-tenzij' is omschreven in paragraaf 2.3 onder typering 2.

Om een beeld te krijgen, volgen hier eerst enkele gegevens, ontleend aan de DJI-uitgave 'Forensische zorg in cijfers 2007 - 2011'. Daarna wordt ingegaan op informatie uit literatuur en werkbezoeken.

#### 4.6.1 Inkoop van zorg

Het aantal ingekochte plaatsen bij zorgaanbieders is gestegen van 1.069 in 2009 naar 1.380 in 2011. De forensische psychiatrie, verslavingszorg en de RIBW samen besloegen in 2010 ongeveer 70% van het aantal ingekochte plaatsen. Sterke groei vindt plaats in de sector sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk beperkten. Naast de groei van het aantal zorgaanbieders is ook de omvang van de contracten gestegen (van € 121,8 miljoen in 2009 tot € 162,3 miljoen in 2011). Meer cijfers zijn opgenomen in de tabellen 8 t/m 10 in bijlage 4.

#### 4.6.2 Literatuur en werkbezoeken

##### Reikwijdte van het begrip ggz

Wat wordt eigenlijk verstaan onder 'ggz'? Het maakt veel verschil of we het hebben over alle vormen van ggz buiten het gevangeniswezen of om de 'reguliere ggz' in engere zin. In van de DJI verkregen informatie (zie de tabellen 4.7 en 4.8) wordt de 'forensische ggz' (fpa's, fpk's) tot de zorgaanbieders gerekend en deze cijfers laten zien dat juist in deze sector, samen met de verslavingszorg, het leeuwendeel van zorg wordt ingekocht. De wetgever, verschillende auteurs en ook de meeste praktijkmensen daarentegen gebruiken de aanduiding ggz

in de betekenis van ‘reguliere ggz’, dat wil zeggen instellingen buiten het justitiecircuit. Zo is bijvoorbeeld in de toelichting op het wetsvoorstel Forensische zorg te lezen “... zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat personen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking in een penitentiaire inrichting *of instelling voor forensische zorg* terechtkomen” (cursivering RSJ). Ook Zwemstra, die al werd aangehaald in paragrafen 1.1 en 2.1, heeft het over het “beleidsmatige uitgangspunt om zoveel mogelijk in te zetten op zorg ... door de algemene psychiatrie”, en de eerder geciteerde Daniëls doelt onmiskenbaar op de reguliere psychiatrie. Het is hier niet de plaats om uit te maken wat al dan niet tot ‘de ggz’ moet worden gerekend, maar bij het beoordelen van hetgeen verschillende bronnen naar aanleiding van het uitgangspunt ‘ggz-tenzij’ hebben te melden, moet wel met interpretatieverschillen rekening worden gehouden.

#### *Gevangeniswezen en ggz: aansluiting of kortsluiting?*

Zwemstra toont zich teleurgesteld over de aansluitende ggz-zorg naast en na detentie: “(Vervolgzorg) komt vaak niet tot stand door slechte aansluiting, weerstanden tegen ex-gedeteneerden bij behandelinstellingen, een te vrijblijvend hulpaanbod, onduidelijkheid over welke regio de zorg zou moeten leveren, en grensdiscussies over primaat voor de verslavingszorg, de ggz of de Verstandelijk gehandicaptenzorg, wachtlijstproblematiek et cetera. Dit ondanks veel inspanningen van behandelende NIFP-psychiaters en psychologen in het gevangeniswezen om deze aansluitende zorg te bevorderen. En ook ondanks meermaals uitgesproken intenties vanuit hogere managementniveaus van zorginstellingen dat zij dit mogelijk willen maken”.<sup>102</sup> Als algemene trend signaleert Zwemstra dat psychiatrische patiënten met gedragsproblemen en complexere psychopathologie steeds vaker worden behandeld in penitentiaire inrichtingen en forensische zorginstellingen / -afdelingen. Hij ziet hiermee een zich doorzettende ontwikkeling van een forensische zorgveld naast de reguliere ggz. De laatste richt zich vooral op patiënten met een autonome hulpvraag en mogelijk kortdurende vormen van dwang/drang vanuit de (opvolger van ) de wet Bijzondere Opneming in een Psychiatrisch Ziekenhuis (BOPZ). Ook Daniëls (zie 4.4.4) komt tot de conclusie dat het principe ‘ggz-tenzij’ niet realistisch is gebleken.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg formuleert in de studie *Zorg aan delinquent, opsluiten van patiënt*, uitgebracht in 2012, het meest essentiële cultuurverschil tussen de forensische en de reguliere ggz als “de autonomie en de daarmee samenhangende rechtspositie van de patiënt versus het reguleren van de veiligheid” De RVZ kenschetst het verschil in benadering als “volledig uit elkaar lopende paradigma’s”.<sup>103</sup> Deze Raad ziet overigens wel hoe beide velden naar elkaar toegroeien, vooral in de (lokale) praktijk: “Op lokaal (micro) niveau waar samenwerkingspartners elkaar nodig hebben en afhankelijk zijn van elkaar is er een bepaalde flexibiliteit ontstaan. Deze flexibele werkhouding is ontstaan door langdurig en regelmatig (intensief) contact, structurele informatie-uitwisseling en kennisoverdracht en heeft ertoe geleid dat deze zorgprofessionals deels uit eigen vertrouwde denkkaders zijn gestapt. Dus wordt er op lokaal niveau relatief gezien veel beter gecommuniceerd tussen de samenwerkingspartners dan op departementaal niveau tussen de ministeries van VenJ en VWS”.

#### ***“Reguliere en forensische ggz: volledig uit elkaar lopende paradigma’s”***

De RVZ voorziet bij een succesvolle invoering van de Wet forensische zorg (zie 2.3) en de Wet verplichte ggz (Wvvgz) belangrijke stimulansen voor de verhouding en aansluiting tussen gevangeniswezen en ggz. Vooral

<sup>102</sup> Zwemstra 2009, blz. 41.

<sup>103</sup> RVZ 2012 (4), blz. 8.

de Wvvgg “slaat een brug tussen forensische zorg, reguliere ggz en samenleving”. De ggz zal zich moeten instellen op een substantiële toestroom van patiënten met “ernstige psychische aandoeningen” (epa): meer delictplegers, meer zorgwekkende zorgmijders met psychische stoornissen. Het feit dat de ggz tegelijkertijd wordt geconfronteerd met bezuinigingen, plaatst haar voor de strategische keuzes om prioriteit te geven aan epa-patiënten en “ambulantisering” krachtig te stimuleren, aldus de RVZ.<sup>104</sup>

Respondenten merken voorts als cultuurverschil tussen gevangeniswezen en ggz op, dat klinieken het verlenen van vrijheden als uitgangspunt hanteren en eventuele terugval in drugsgebruik daarbij “op de koop toe nemen”. In het gevangeniswezen wordt terugval in druggebruik echter niet getolereerd. De selectiefunctionaris wordt ervaren als de meest strikte vertegenwoordiger van dit standpunt.

Justitie zelf zet ook een rem op doorplaatsing naar de ggz. Zo stuit deze geregeld op het risicoprofiel, beveiligingsnoodzaak of te verwachten maatschappelijke onrust, zoals al is aangegeven over de onderdelen ‘uitstroom’ in voorgaande paragrafen. Respondenten leggen een verband met veranderingen in het karakter van de ggz:

*“Vroeger kon de ggz deze (situatie) aan maar nu niet meer”.*

Tot dezelfde bevinding komt Zwemstra: “De reguliere zorg (zowel in de ggz, verstandelijk gehandicaptenzorg als de verslavingszorg) ging de afgelopen decennia onder invloed van de maatschappelijke ontwikkelingen, die ook vastgelegd werden in wet- en regelgeving, toenemend hulpverlening op basis van de hulpvraag van het autonome zelfbeschikkende individu. Zij liet daarmee meer traditionele zorgverlening vanuit paternalisme, ‘bestwildenken’ en begrenzen grotendeels los. Hierdoor kon de reguliere zorg patiëntengroepen die primair kader, begrenzing en structuur nodig hadden niet meer opvangen. Deze patiënten kwamen daardoor toenemend in justitiële instellingen”<sup>105</sup>

Respondenten schetsten het beeld dat er tussen isd en ggz nog niet veel uitwisseling plaatsvindt, al verbetert de verhouding (“wij-zij”) met de ggz wel.

*“Vroeger moest de PI bij de ggz leuren met gedetineerden maar nu komen ggz-instellingen naar de PI met hun aanbod.”*

*“Er blijven ggz-inrichtingen die zich niet met gedetineerden inlaten”.*

Klinieken kunnen patiënten weigeren, ook al zijn daar voldoende plaatsen ingekocht. Veel hangt ervan af of behandelaars elkaar persoonlijk kennen. Respondenten wisten echter ook te melden dat overplaatsing naar een kliniek voor een penitentiaire inrichting financieel onaantrekkelijk kan zijn. Uitstroom naar een RIBW komt (te) weinig voor. RIBW's zouden weinig ervaring hebben met forensische patiënten. Een respondent gaf aan dat velen in het veld het overhevelen van de zorg van VWS naar VenJ aanvankelijk geen goed idee vonden. “VenJ heeft er immers geen verstand van en spreekt een andere taal”. Maar inmiddels wordt geconstateerd dat VenJ met haar inkoopbeleid beter dan VWS in staat is om “iets af te dwingen” in het ggz-veld en bovendien over wat meer financiële armslag beschikt dan VWS. Aan de kant van VWS zou nog wel oud zeer worden

<sup>104</sup> RVZ (1), blz. 8.

<sup>105</sup> Zwemstra 2009, p. 166.



gevoeld over het ‘verlies’ van het AWBZ-budget voor forensische zorg. Sommigen in de ggz zouden menen (en wellicht willen aantonen) dat het gevangeniswezen de zorg niet kan overnemen, wat een rol speelt bij de inkoop van ambulante ggz. Hiermee bevestigen zij de bevinding van de RVZ, dat de samenwerking in de praktijk vooruit loopt op die tussen de ministeries van VWS en VenJ. Het projectteam doorontwikkeling ppc’s probeert een brug te slaan door de ggz te betrekken bij de audits van ppc’s en ppc’s nemen sinds kort deel aan het Forensisch Netwerk.

### *“Justitie kan wel wat afdwingen bij de ggz”*

Aan de andere kant uitten respondenten ook wel enige kritiek op en ten gevolge van het inkoopbeleid. Ambulant zorg inkopen zou niet alleen stuiten op een onvoldoende aansluitend aanbod bij de ggz, maar DForZo zou ook verkeerde voorzieningen inkopen, of voorzieningen op verkeerde plaatsen. Dit leidt tot onderuitputting: ggz- en RIBW-plaatsen blijven voor een deel onbezet. Het ppc maakt zijn hiervoor beschikbare budget dan ook niet op. Doordat op dit moment nog alle aandacht uitgaat naar de inkoopfunctie, wordt er nog te weinig toegewerkt naar overeenstemming over het in de toekomst te voeren zorgbeleid in het algemeen.

In de praktijk is het belangrijk, zoals bij de isd al werd aangegeven, dat het gevangeniswezen snel kan ingrijpen als een overgeplaatste gedetineerde in de ggz-inrichting niet is te handhaven. De PI Vught heeft met klinieken de afspraak dat iemand in dat geval nog dezelfde dag door personeel van de inrichting wordt opgehaald. Momenteel wordt gekeken naar de mogelijkheid van een time-out in de gevangenis. Hiervoor zou geen juridische belemmering bestaan. Een beslissing van de selectiefunctionaris zou pas vereist zijn bij herhaalde terugplaatsing (dit valt nadelig uit voor isd-ers, omdat herhaalde terugval normaal is bij een verslavingsbehandeling). De RVZ laat zich over dit onderwerp in dezelfde termen uit: “Voor een betere aansluiting tussen het strafrecht en de ggz-zorg is wederkerigheid volgens de overgrote meerderheid van de respondenten een voorwaarde. Dus moeten (de minder beveiligde) zorginstellingen in noodsituatie ook omgekeerd een beroep kunnen doen op Justitiële en de zwaarder beveiligde forensische instellingen, afgezien van het feit of het gaat om patiënten met een strafrechtelijke titel of die op grond van een rechterlijke machtiging, zorgmachtiging of maatregel in het kader van de wet BOPZ (civielrechtelijk) zijn opgenomen.”<sup>106</sup>

#### *Aandachtspunten ggz*

Verschillende auteurs komen tot de slotsom dat ‘ggz-tenzij’ wel uitgangspunt maar noch praktijk, noch een realistisch streven is.

Zorg aansluitend op het justitiële circuit blijkt, grote inspanningen van betrokken behandelaars en functionarissen ten spijt, lastig te organiseren en te realiseren. Oorzaken hiervoor worden gevonden op zowel beleids- als praktijkniveau en zijn uiteindelijk terug te voeren op een cultuurverschil tussen VenJ en ggz. Successen in (vooral lokale en regionale) samenwerking laten zien dat de praktijk in het overbruggen van dit cultuurverschil vooruitloopt op het beleid. Het bij noodzaak heen en weer plaatsen van patiënten tussen penitentaire en ggz-inrichtingen, is hiervan een goed voorbeeld.

<sup>106</sup> *Idem.*

## 4.7 Indicatiestelling

Het proces van indicatiestelling voor zorg wordt uitgevoerd door verschillende organisaties.

- De indicatiestelling voor ambulante zorg wordt verzorgd door de reclassering (Reclassering Nederland, Leger des Heils (LdH) en Stichting Verslavingsreclassering ggz (SVG)). Ook het pmo kan indiceren voor ambulante zorg.
- Het NIFP/IFZ is verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor klinische forensische zorg. Het NIFP geeft over deze gang van zaken de volgende informatie:

Omdat het NIFP ook een zorgfunctie heeft, is indicatiestelling binnen het NIFP georganiseerd in een aparte werkeenheid, IFZ. Gedurende het proces van indicatiestelling wordt het niveau van zorg en beveiliging bepaald voor een justitiabele. Dit gebeurt op basis van verschillende bronnen, bijvoorbeeld een pro justitia rapportage en een rapportage van de reclassering. Er zijn 21 strafrechtelijke titels op basis waarvan indicatiestelling kan plaatsvinden. De coördinator IFZ is verantwoordelijk voor het proces van indicatiestelling. De indicatie wordt door de psychiater IFZ gedragsinhoudelijk getoetst en door zowel de coördinator IFZ als de psychiater IFZ ondertekend.

Coördinatoren IFZ zijn verantwoordelijk voor het proces van indicatiestelling. Het is van groot belang dat de indicatiestelling onafhankelijk van de zorgaanbieders en de zorginkopers plaatsvindt, op deze manier kan namelijk vraaggestuurd worden gewerkt. Dit wil zeggen dat het zorgaanbod wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt. De coördinatoren IFZ hebben daarom geen belangen bij de levering van forensische zorg. Bij het proces van indicatiestelling maken de coördinatoren IFZ gebruik van rapportages van onafhankelijke deskundigen. Hierdoor vindt indicatiestelling niet alleen onafhankelijk, maar ook objectief en vanuit een breed perspectief plaats.

NIFP/IFZ heeft voor deze indicatiestelling twee tot drie weken nodig vanaf het moment dat het dossier wordt aangemerkt als compleet. Gedurende het proces van indicatiestelling wordt het niveau van zorg en beveiliging bepaald voor een justitiabele. Dit gebeurt op basis van verschillende bronnen, bijvoorbeeld een pro justitiarapportage en een rapportage van de reclassering.

Op basis van dit indicatiebesluit zoekt het NIFP/IFZ contact met een zorginstelling die dit geïndiceerde niveau van zorg en beveiliging kan leveren. Soms is het niet mogelijk om een cliënt te plaatsen in een ggz-instelling, bijvoorbeeld wegens veiligheidsoverwegingen. In zulke gevallen bestaat de mogelijkheid tot plaatsing in een penitentiair psychiatrisch centrum (ppc).

Hiervoor verzorgt het pmo van een inrichting zelf de indicatiestelling en de plaatsing. Nadat een cliënt geplaatst is in een ppc, dient NIFP/IFZ hiervan op de hoogte te worden gesteld, die de ppc-plaatsing achteraf toetst. Bij deze toetsing wordt in ieder geval bezien of de plaatsing in een ppc terecht was, maar ook of de betreffende cliënt in aanmerking komt voor een plaatsing in de ggz.

Wanneer NIFP/IFZ een indicatiebesluit heeft afgegeven op aanvraag van een pmo, bereidt NIFP/IFZ de plaatsing voor. Vervolgens wordt de selectiefunctionaris geïnformeerd over het geïndiceerde niveau van zorg en beveiliging. De selectiefunctionaris toetst of het veilig en verantwoord is om de betreffende cliënt naar een zorginstelling uit te plaatsen. Hierbij wordt onder andere eventueel te verwachten maatschappelijke onrust bij het verlaten van de PI mee gewogen. Na toestemming van de directeur van de PI plaatst de selectiefunctionaris de cliënt vervolgens in een daarvoor geïndiceerde zorginstelling.

In het overleg met de Vaste Kamercommissie voor VenJ benoemt de staatssecretaris als doelstellingen



van de indicatiestelling: het realiseren van passende zorg, inzicht krijgen in de zorgbehoefte en beheersen van de kosten.

Tabel 7 Aantal indicatiestellingen vanaf 2008

Jaar	Aantal
2008	1400 (ongeveer)
2009	1752
2010	2150
2011	2999
2012	3600 (verwachting)

Bron: NIFP/IFZ

De afgesproken doorlooptijden, gerekend vanaf het moment waarop alle informatie is ontvangen, zijn: 2 weken voor onvoorwaardelijke titels (bijv. Pbw art. 15.5, Pbw art. 43.3, Sr art. 37.1);

3 weken voor voorwaardelijke titels (bijv. tbs met voorwaarden, isd). Op dit moment (mei 2012) worden de doorlooptijden van 2 of 3 weken gehaald voor indicatiestellingen in strafzaken (vonnis).

Voor indicatiestellingen na vonnis worden doorlooptijden van 2-3 weken grotendeels gehaald maar niet altijd. Prioritering van aanvragen vindt plaats op basis van datum einde detentie of andere criteria die van belang zijn voor opname in de ggz en dus niet altijd op basis van datum van aanvraag.

Teneinde de doorlooptijden te halen werkt NIFP/IFZ met een pool van flexibel inzetbare rapporteurs, die per juli 2012 volledig inzetbaar is (was de verwachting in mei). Andere maatregelen: digitalisering, werken met IFZO, samenwerking met ketenpartners.

#### *Plaatsing*

NIFP/IFZ bereidt na indicatiestelling ook de plaatsing in de ggz voor. Daar is geen gezamenlijke doorlooptijd voor afgesproken (er zijn veel partijen bij betrokken). Tot daadwerkelijke plaatsing kan pas worden overgegaan als de selectiefunctionaris de beschikking heeft afgegeven. Met de zorgaanbieders is afgesproken dat zij 3 weken hebben om te bepalen of zij in staat zijn om een patiënt op te nemen. Deze termijn wordt vaak overschreden. En vervolgens kan sprake zijn van een wachtlijst. Dan moet er worden gezocht naar een alternatieve aanbieder.

Om de doorlooptijden te verbeteren doet NIFP/IFZ het volgende:

- samen met DForZo optrekken om te bewerkstelligen dat zorgaanbieders een patiënt opnemen zonder intake/kennismakingsgesprek;
- informeren van DForZo over de geconstateerde behoefte aan zorg, om de inkoop te verbeteren.

Inmiddels loopt landelijk een *project verkorting doorlooptijden* (opgenomen in de brief aan de Tweede Kamer over Versterking van de prestaties in de strafrechtketen van 29 juni 2012, Tweede Kamer 2011 – 2012, 29 279 nr. 147), waarmee wordt beoogd op verschillende plaatsen in de keten de doorlooptijden voor toeleiding naar forensische zorg te verkorten. Eind 2013 moet een flinke verbetering zijn gemaakt. De partners OM, 3RO, NIFP en DForZo hebben hiertoe elk een eigen projectplan opgesteld.

#### *Aandachtspunten indicatiestelling*

- Bij de indicatiestelling is een groot aantal partijen betrokken. Het grote aantal betrokken instanties, die elk hun eigen uitgangspunten en criteria hanteren, maakt procedures omslachtig en tijdrovend. Bij zorgverleners in de inrichtingen wekt het frustratie als de door hen beoogde overplaatsing lang uitblijft en bevreemding als hun advies verderop in de lijn niet wordt overgenomen. Dat is met name het geval als zij inhoudelijk geen toegevoegde waarde zien in externe toetsing.
- Reclassering en NIFP geven een hogere prioriteit aan indicatiestellingen in het voortraject (dus ten behoeve van de berechting) dan aan die tijdens de tenuitvoerlegging.
- Tengevolge van lange procedures komt plaatsing in zorg later tot stand dan gewenst. Er blijft dan voor klinische zorgverlener te weinig tijd over om met resultaat te behandelen.

## 5. Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Algemeen

In dit advies staat de vraag centraal of de forensische zorg tijdens detentie, waartoe de zorg voor gedetineerden met een psychische stoornis, licht verstandelijk beperkten en verslaafden worden gerekend, kwalitatief en kwantitatief op orde is. En wat er eventueel zou moeten veranderen om tot verbetering daarvan te komen.

De Raad heeft dit advies samengesteld op grond van informatie verkregen uit werkbezoeken, gesprekken met praktijkdeskundigen, schriftelijke documentatie en beschikbaar onderzoek. In het veld heeft de Raad vele betrokken inrichtingsmedewerkers en zorgprofessionals ontmoet.

Op organisatorisch vlak acht de Raad het inrichten van een ezv in iedere penitentiaire vestiging en (met name) van de vijf ppc's, een positieve ontwikkeling.

De Raad stelt echter tevens vast dat er in het systeem als geheel belangrijke knelpunten en tekortkomingen zijn die het niveau van kinderziekte of aanloopprobleem ontstijgen. Er is nog geen sprake van een voldoende samenhangende forensische zorgketen tijdens detentie: de toeleiding naar zorg kent langdurige procedures, de samenhang tussen de (zorg)voorzieningen in detentie ontbreekt en de aansluiting met de ggz is nog steeds moeizaam. Bij ongewijzigd beleid is dit volgens de Raad ook niet te verwachten. De werking van het systeem lijkt afhankelijk van de bevoegenheid van medewerkers, hun flexibiliteit en hun vermogen om te roeien met de riemen die er zijn.

### 5.2 Bevindingen adviesvragen

#### 1. *De psychische problematiek onder gedetineerden is ernstig en omvangrijk*

De afgelopen jaren stroomden jaarlijks ongeveer 40.000 personen de gevangenis in en uit. Het merendeel verbleef slechts kort in detentie: 49% van de gedetineerden zit korter dan een maand; 22% kent een verblijfsduur tussen 1 en 3 maanden. Circa 27% verblijft langer dan drie maanden in detentie. Ongeveer een kwart van de gedetineerden, en daarmee circa 10.000 personen, had voor detentie contact met een zorginstelling.

Eenduidige cijfers over de zorgbehoefte onder gedetineerden ontbreken, maar uit onderzoeken blijkt onomstreden dat de problematiek ernstig en omvangrijk is. Het merendeel heeft problemen van psychische aard (circa de helft heeft een persoonlijkheidsstoornis), heeft te maken met verslavingsproblematiek (40%) of met een verstandelijke beperking (15%). Vaak is er sprake van meervoudige problematiek. In belangrijke mate betreft het stoornissen, die zich ook voordoen tijdens het verblijf in de penitentiaire inrichting. In de vrije maatschappij is voor de verschillende problematieken (psychische problematiek, verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek) sprake van een gevarieerd aanbod van zorginstellingen (ggz, verslavingszorg of verstandelijke gehandicaptenzorg).

Een speciale groep vormen de tbs-gestelden met een combinatievonnis. De rechter heeft deze personen beoordeeld als 'lijdend aan een gebrekkige ontwikkeling van de geestesvermogens of een ziekelijke stoornis in de persoonlijkheid', maar alvorens hiervoor in een tbs-kliniek te worden behandeld, ondergaan zij in de gevangenis het strafgedeelte van het vonnis. Uit de beschikbare gegevens valt niet op te maken hoeveel tbs-gestelden met een combinatievonnis in een gevangenis verblijven; de Raad schat dat het enkele honderden personen betreft (zie paragraaf 2.2).

## 2. *Slechts een zeer beperkt deel van de doelgroep wordt bereikt*

Op grond van de beschikbare gegevens valt niet exact vast te stellen in welke mate gedetineerden met zorgproblematiek als zodanig worden herkend en vervolgens zorg ontvangen. Afgaand op hetgeen bekend is over de behoefte aan zorg (zie voorgaand) en de aantallen ambulante en klinische indicatiestellingen in verhouding tot het totaal aantal gedetineerden, wordt naar schatting voor ongeveer 10% van de gedetineerden zorg geïndiceerd (zie paragraaf 1.4). Dit percentage staat niet in verhouding tot de hiervoor beschreven ernst en omvang van de problematiek.

Binnen het gevangeniswezen is landelijk sprake van een tekort aan Big-geregistreerde psychologen, die als voorzitter van de pmo's een belangrijke rol vervullen bij onder meer indicatiestelling en daarnaast nog een behandeltaak hebben. Als gevolg van de tekorten aan en overbelasting bij psychologen, is in de praktijk regelmatig sprake van zwak functionerende pmo's, die verantwoordelijk zijn voor de feitelijke zorgverlening en de totale zorgcoördinatie. Een probleem van (meer) structurele aard is dat psychologen voor de selectie van zorgbehoevenden afhankelijk zijn van de screening door verpleegkundigen, mmd-ers en piw-ers, geen van allen gedragskundigen. Wanneer een gedetineerde bij de intake psychische problematiek verzwijgt of bagatelliseert (hetgeen kan samenhangen met de aard van de problematiek), hangt het van de toevallige deskundigheid bij piw-ers af of deze problematiek alsnog wordt herkend, maar piw-ers zijn hiertoe in het algemeen niet toegerust. Vooral wanneer gedragsproblemen niet tot beheersproblematiek in de inrichting leiden (zoals bijvoorbeeld bij 'de stille schizofreen') is het risico van niet onderkennen aanwezig. Het door piw-ers gehanteerde screeningsinstrument schiet daartoe te kort (bijvoorbeeld op screening van een lichte verstandelijke beperking) en wordt ook niet altijd toegepast.

Ook het beperkte aantal gespecialiseerde zorgplaatsen binnen het gevangeniswezen vormt een aanwijzing dat slechts een deel van de doelgroep wordt bereikt. Feitelijk is alleen in ppc's en isd-afdelingen extra zorgcapaciteit beschikbaar: voor de als extra *zorg* aangeduide ezv's zijn evenveel uren zorgprofessionals beschikbaar als in het basisregime. Gezamenlijk maken de ppc's en isd's circa 8% uit van het totaal aantal detentieplaatsen. Gerelateerd aan het totaal aantal gedetineerden is bovendien sprake van een beperkt aantal ambulante zorgtrajecten en doorplaatsingen naar de ggz (zie paragraaf 1.4). Gelet op de prevalentiecijfers van psychische stoornissen, is het zorgaanbod tijdens detentie daarmee erg beperkt.

De Raad realiseert zich bij bovenstaande overigens dat een groot deel van de gedetineerden evenmin onder de hoede van de ggz zou vallen, als deze niet strafrechtelijk ingesloten (zouden) zijn. De reguliere ggz bereikt in de vrije maatschappij ook niet alle zorgbehoevenden. Wel worden samenhangend met bezuinigingen en een hiermee gepaard gaande forse beddenreductie in toenemende mate ambulante projecten ontwikkeld om zorgwekkende zorgmijders te bereiken (ACT- en FACT-teams)<sup>107</sup>. Detentie biedt een goede mogelijkheid om met name gedetineerden met een ernstige psychische stoornis hier naar toe te leiden. Het is volgens de Raad in de huidige situatie echter met teveel onzekerheden omgeven of een gedetineerde met een ernstige psychische stoornis die voor forensische zorg of voor aansluitende zorg in aanmerking zou moeten komen, deze zorg ook daadwerkelijk ontvangt.

## 3. *Er is (te) weinig bekend over de relatie tussen forensische zorg tijdens detentie en het voorkomen van recidive (van misdrijven)*

Alcohol-en druggebruik, (verkeerde) relaties binnen het gezin, vrienden en kennissen en psychische problemen zijn veelgenoemde criminogene factoren. Er is weinig onderzoek beschikbaar met

---

<sup>107</sup> *Assertive Community Treatment (ACT) Functional Assertive Community Treatment (FACT)*. Zie <http://www.ccaf.nl/>.

betrekking tot de preciese samenhang tussen een bepaalde psychische stoornis en de mate waarin behandeling daarvan helpt om (hernieuwd) delictgedrag te voorkomen. Onderzoek wijst op een verhoogde kans op criminaliteit bij bepaalde stoornissen en specifieke psychiatrische problemen. Van verslavingsproblematiek is bekend dat dit de drempel tot crimineel gedrag verlaagt en de ernst en frequentie van delicten doet toenemen. Tegelijkertijd is met name van verslavingsprogramma's tijdens of aansluitend op detentie bekend dat zij herhalingscriminaliteit helpen voorkomen (paragraaf 1.5). Gelet op het maatschappelijk belang is het volgens de Raad essentieel dat verder onderzoek plaatsvindt naar de samenhang tussen type stoornis en behandeling tijdens detentie om recidive te voorkomen.

#### 4. *Het voorkomen van recidive is niet de belangrijkste doelstelling van forensische zorg*

Wat de huidige doelstellingen van de forensische zorg betreft, meent de Raad dat deze wel erg nadrukkelijk zijn geformuleerd in termen van het voorkomen van herhalingscriminaliteit ofwel recidive (paragrafen 2.3 en 3.5). De Raad constateert dat er een grote spanning kan bestaan met een andere belangrijke doelstelling en nationaal en internationaal bovendien onomstreden uitgangspunt, namelijk het equivalentiebeginsel.

Uit de verkenning van de internationale 'best practices' maakt de Raad op dat er internationaal gezien voorkeur bestaat om de verantwoordelijkheid voor zorg in het gevangeniswezen bij de minister voor Volksgezondheid te leggen. Door de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg juist te verleggen van VWS naar VenJ bewandelt Nederland sinds 2008 de omgekeerde weg. Zolang deze overheveling positief blijft uitpakken voor de kwaliteit en effectiviteit van de zorg (VenJ toont meer ambitie en staat op dit gebied financieel minder onder druk dan VWS) is er geen aanleiding om deze ter discussie te stellen.

Wel meent de Raad dat de minister van VenJ nadrukkelijker 'zorg' als uitgangspunt moet nemen. Het stellen van recidivevermindering als het voornaamste doel van forensische zorg gaat voorbij aan de grote waarde die behandeling op zichzelf heeft en acht de Raad daarom eenzijdig en ongewenst. Hoewel recidivevermindering maatschappelijk een zeer belangrijke doelstelling is, mag dit volgens de Raad niet als het uiteindelijke beoordelingscriterium voor de effectiviteit van forensische zorg worden gehanteerd. In dezelfde zin laat de RVZ zich uit in zijn onlangs uitgebrachte advies, om ervoor te zorgen dat "niet langer het delict maar juist de stoornis als aangrijpingspunt wordt genomen."<sup>108</sup> Het bieden van verantwoorde zorg, het verminderen van risicofactoren om terugval in de stoornis te voorkomen en het bijdragen aan resocialisatie van gedetineerden in het algemeen, zijn gelet op het equivalentiebeginsel even belangrijke doelstellingen.

#### 5. *De indicatiestellingsprocedures duren te lang*

In hoofdstuk 4 is voor het (detentie-)regimes (basisregime, ezv, ppc en isd) uitgebreid beschreven hoe de screening, diagnostiek en indicatiestelling in de praktijk plaatsvinden. Als belangrijkste knelpunt hierbij signaleert de Raad het groot aantal betrokken actoren, zonder dat op casusniveau sprake is van één vaste regisseur/ trajectbegeleider/ aanspreekpunt. Dit leidt tot informatieverlies en veelal lange, bureaucratische indicatiestellings- en plaatsingsprocedures waarin weinig vertrouwen wordt getoond in de professional die met de betrokken gedetineerden te maken hebben en die (vooral bij de isd) het moment waarop de zorgverlening kan starten, ernstig belemmert.

De Raad bepleit snellere en eenvoudiger indicatiestellingsprocedures door waar mogelijk (met name bij eenvoudige of voor de hand liggende zaken) het aantal betrokken partijen te verminderen en

---

<sup>108</sup> RVZ, *Stoornis en delict, mei 2012*.

de beslissingsbevoegdheden lager in de organisatie te leggen (bijvoorbeeld op het niveau van een directeur van een penitentiaire inrichting op advies van een gedragskundige). Daarmee kan de schaarse zorgcapaciteit in het systeem worden benut voor de lastiger gevallen.

#### 6. *De ezv's zijn geen zorgvoorziening*

- De ezv's zijn op dit moment niet als zorgvoorziening aan te merken. Hoewel 'zorg' in de naam ezv anders doet vermoeden, biedt de ezv formatief géén extra zorgcapaciteit en is er dus géén extra zorg ten opzichte van het basisregime. De iets ruimere piw-bezetting biedt wel de mogelijkheid voor extra aandacht, die door gedetineerden en gevangenispersoneel op prijs worden gesteld. Het ontbreken van extra zorgprofessionals acht de Raad echter zorgwekkend, gelet op de soms toch heftige problematiek van gedetineerden.
- In de regel worden psychisch kwetsbare gedetineerden samengeplaatst met gedetineerden die een zedendelict hebben gepleegd (danwel hiervan worden verdacht) en ter bescherming van hun veiligheid op de ezv worden geplaatst. De Raad acht deze gecombineerde plaatsing van deze verschillende groepen ongewenst. Bovendien wordt de capaciteit van de ezv hierdoor onnodig extra belast.

De ezv's zijn soms een onnodig tussenstation tussen basisregime en ppc of ggz.

De Raad adviseert de ezv's een nadrukkelijker plek in de forensische zorgketen te geven. Rechtstreekse plaatsing in de ppc of de ggz of, als tussentijdse plaatsing in de ezv onvermijdelijk is, snellere doorplaatsing dragen bij aan de homogeniteit van de ezv-populatie. Daarnaast is differentiatie gewenst van de ezv-voorziening naar zorgbehoevenden (waarvoor extra zorgcapaciteit beschikbaar zou moeten zijn) en naar personen die om beheersmatige redenen in een luwte-afdeling worden geplaatst.

#### 7. *Ppc's ontwikkelen zich in goede richting maar bieden ook voor langverblijvenden weinig behandeling*

- Er zijn verschillen tussen ppc's als gevolg van de ontstaansgeschiedenis. In de toekomst zullen die (na de aangekondigde gezamenlijke ontwikkeling van zorgprogramma's) voor een belangrijk deel verdwijnen danwel deel uitmaken van het totaalaanbod (waarbij ppc's zich eventueel specialiseren).
- Zowel bij kort- als bij langverblijvenden (waaronder tbs-gestelden met een combinatievonnis) lijkt men weinig aan behandeling toe te komen. Met name de behandeling van autisten, lvb-ers en verslaafden lijken 'ondergeschoven kindjes' te zijn in verband met te weinig expertise of een niet passende aanpak (zie ook hierna).

De Raad vindt het bij kortverblijvenden goed voorstelbaar dat behandeldoelen zijn gericht op stabiliseren, diagnostiek en motiveren voor verdere behandeling; voor langverblijvenden (zoals bijvoorbeeld tbs-gestelden met een combinatievonnis) moeten de behandelambities verder reiken, overigens zonder daarmee een gelijk niveau van behandeling als in de reguliere ggz en de gespecialiseerde verslavings- en gehandicaptenzorg te willen nastreven. Anders gezegd: ook bij ppc's blijft 'ggz-tenzij' het uitgangspunt.

#### 8. *De aanpak van isd-ers schiet structureel tekort*

- Indiciestellingen na vonnis (zoals in het kader van de isd) blijken een lagere prioriteit te hebben in vergelijking met indiciestellingen vóór vonnis en crisisplaatsingen. Na de intake in een isd-inrichting die een globaal een maand in beslag neemt, is hierdoor vaak sprake van veel tijdverlies: het komt voor dat gedetineerden enkele maanden (in een enkel geval zelfs een half jaar) op de indiciestelling moeten wachten.

- De tussenkomst in de procedure van NIFP of selectiefunctionaris, waarbij onvoldoende professioneel geschoolde medewerkers (geen gedragskundigen) dossiers op papier en niet in persoon beoordelen, leidt niet alleen voor gedetineerden maar ook voor behandelaars met enige regelmaat tot een onbevredigende indicatie.
- De plaatsing kan ook nog enkele weken tot maanden in beslag nemen. De behandeling in een gespecialiseerde setting wordt hierdoor later dan nodig gestart en vanwege het gelimiteerde justitiële kader onnodig bekort.
- De wijze van omgaan met verslavingsproblematiek binnen isd is vanuit behandeloptiek onlogisch en niet verdedigbaar. Bij terugval in middelengebruik (positieve urinecontrole) wordt het proces van toeleiding naar zorg stopgezet, of wordt betrokkene vanuit de gespecialiseerde verslavingszorg verplicht naar detentie teruggeplaatst, terwijl terugval bij verslavingsproblematiek hoort en in de gespecialiseerde verslavingszorg onderdeel van behandeling is en behoort te zijn.

De aard van de isd-maatregel impliceert behandeling. Om deze zo snel mogelijk te starten adviseert de Raad om voor de uitvoering van deze door de rechter opgelegde vonnissen voldoende capaciteit te reserveren en deze tenminste niet lager te prioriteren dan indicaties voor vonnis. De integrale intake- en indicatiestellingsprocedure verdient vereenvoudiging. Daarnaast is heroverweging op zijn plaats van de in deze procedures gehanteerde criteria (met nadruk op beveiliging en straffen). De Raad beveelt aan in samenspraak met de verslavingszorg te komen tot eenduidige beleidsvoering op zorginhoudelijke gronden. Daarbij zou meer gebruik kunnen worden gemaakt van de mogelijkheid tot (tijdelijke) terugplaatsing naar detentie als time-out functie (bij dreigende escalatie of bij behandelimpasse), vanzelfsprekend zo lang als het justitieel kader duurt.

9. *'Ggz-tenzij' lukt alleen met een betere afstemming van uitgangspunten en visies tussen 'zorg' en 'justitie'*  
De doelstelling 'ggz-tenzij' komt al decennialang niet of nauwelijks van de grond. Toch is overplaatsing naar de ggz of andere gespecialiseerde zorg vaak nodig vanwege de beperkte behandel mogelijkheden in detentiesetting. De overheveling van het zorgbudget naar de minister van VenJ lijkt tot dusverre evenmin tot een substantiële door- en uitstroom naar de ggz te leiden. De Raad vindt dit geen reden deze doelstelling te verlaten, maar ziet hierin wel de noodzaak de beide domeinen (VenJ en ggz) verder op elkaar afstemmen. Voor de forensische sector als geheel is het voorts erg belangrijk dat de door- en uitstroom naar de reguliere ggz (eindelijk) beter tot stand komt. De afgelopen jaren is veel energie gestoken in het op de reguliere zorg afstemmen van de financierings- en verantwoordingssystematiek bij de forensische zorg. Dit leidt niet automatisch tot het verminderen van cultuurverschillen tussen VenJ en de reguliere zorg, twee werelden die zich vanouds moeizaam tot elkaar verhouden.<sup>109</sup> De overheersende DJI-cultuur staat in het teken van beveiligen, beheersen en straffen; in het algemeen is er meer aandacht voor en affiniteit met deze invalshoeken.

### 5.3 Aanbevelingen

De Raad vindt verdere afstemming tussen de domeinen 'justitie' en 'zorg' zeer gewenst. Het gaat daarbij niet alleen om verdere afstemming van financieringsystematieken en -procedures, zoals onlangs bepleit door de RVZ, maar ook en vooral om afstemming van het gedachtegoed hoe om te gaan met het vrijheden-, verlof-, en plaatsingsbeleid bijvoorbeeld bij terugval van middelengebruik. Er zouden gedeelde uitgangspunten en, waar mogelijk, gezamenlijke best practice en evidence based kwaliteitseisen moeten worden geformuleerd. Het ministerie van VenJ zal daarbij in verband met de eindverantwoordelijkheid voor de forensische zorg minder

<sup>109</sup> RMO 2007. Zie ook RVZ 2012 (1).



vanuit veiligheidsdenken en meer vanuit behandelperspectief moeten kunnen denken. Anderzijds zal men vanuit de ggz meer voorzieningen moeten treffen en risico durven tonen om gedetineerden op te nemen. Dat sommige klinische ggz-afdelingen daartoe een grotere mate van beveiliging moeten krijgen, ligt dan voor de hand.

De Raad onderschrijft nadrukkelijk dat recidivevermindering maatschappelijk een uiterst belangrijke doelstelling is. Toch zou volgens de Raad, gelet op het nationaal en internationaal onomstreden equivalentiebeginsel, het verminderen van recidive niet als het belangrijkste beoordelingscriterium voor de effectiviteit van forensische zorg moeten worden gehanteerd. Het bieden van verantwoorde zorg, mede in het kader van de resocialisatie, vindt hij net zo belangrijk. Hij wijst in dit verband ook op het recente RVZ advies dat tot een betere behandeling moet leiden waarbij “niet langer het delict maar juist de stoornis als aangrijpingspunt wordt genomen”.<sup>110</sup> Daarbij vindt de Raad het van belang om meer evidence based te werken en daarmee de behandelresultaten te verbeteren en tevens het draagvlak voor de forensische zorg tijdens detentie te vergroten.

Om de in gang gezette positieve ontwikkelingen te versterken, zijn volgens de Raad voorts verbeteringen noodzakelijk bij de instroom in, het zorgaanbod tijdens en de uitstroom uit de forensische zorg in detentie.

#### *Aanbevelingen met betrekking tot de instroom:*

1. Verbeter de screening binnen inrichtingen door:
  - elke ppc in zijn regio een rol te geven bij de kwaliteitsbewaking hiervan,
  - de beschikbare informatie bij binnenkomst van een gedetineerde te verbeteren en
  - aandacht te besteden aan opleiding van piw-ers waar het kennis en bekendheid betreft van psychische stoornissen.
2. Vereenvoudig de indicatiestellingsprocedures door waar mogelijk het aantal betrokken partijen te verminderen en de beslissingsbevoegdheden lager in de organisatie te leggen.
3. Leg op casusniveau de regie bij één zorgprofessional (bij voorkeur degene die zich met de intake bezighoudt –te vergelijken met de huisartsenfunctie in de reguliere zorg-) en ondersteun deze daartoe.

#### *Aanbevelingen met betrekking tot het zorgaanbod:*

4. Bestem de ezv's voor psychisch kwetsbare gedetineerden en versterk de positie van de zv's in de forensische zorgketen door de ezv's zo in te richten dat ze *daadwerkelijk* extra zorg bieden.
5. Verbeter in de ppc's met name voor langverblijvenden de mogelijkheden voor behandeling, overigens zonder daarbij het uitgangspunt 'ggz-tenzij' te verlaten.
6. Reserveer voor de uitvoering van de isd-maatregel voldoende capaciteit in het indicatiestellings- en door- en uitplaatsingsproces.

---

<sup>110</sup> RVZ 2012 (1), p.3.



*Aanbevelingen met betrekking tot de uitstroom:*

7. Geef elke ppc in zijn regio een functie voor omringende penitentiaire inrichtingen en ondersteun de ppc's als netwerkorganisatie binnen het (regionale) zorgaanbod.
8. Zorg ervoor dat terugval in middelengebruik een reeds in gang gezette overplaatsing naar gespecialiseerde verslaafdenzorg niet in de weg staat.

*Overkoepelende aanbeveling:*

9. Versterk de forensische zorgketen tijdens detentie wat instroom, zorgaanbod en uitstroom betreft en bezie of de ppc's daarbij in een meer regievoerende functie verder kunnen worden versterkt.



## Bronvermelding

Bulten en Nijman 2009

B.H. Bulten en H. Nijman, Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen; veel gedetineerden willen zelf ook hulp, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2009, 153: A 634

Bulten et al. 1999

B.H. Bulten, W. van Tilburg, J. van Limbeek, Psychopathologie bij gedetineerden, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 1999, 10, p. 575-585

CPT 2010

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, *CPT Standards (Rev. 2010)*; CPT/Inf/E (2002) 1, Straatsburg: Council of Europe 2010

Daniëls 2011

D. Daniels, Het ppc, hart van de penitentiaire psychiatrie?, *Sancties*, afl. 5, 2011, blz. 271 e.v.

DJI 2010a

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Productspecificatie extra zorgvoorziening*, Den Haag: 2010

DJI 2010b

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Eindtermen ezv*, Den Haag: 2010

DJI 2011a

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Handleiding Inkoop Forensische zorg 2012*, Den Haag, 15 augustus 2011

DJI 2011b

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Uitvoeringsprotocol Forensische Zorg 2011; Praktische handreiking werkwijze 2011*, Den Haag, 2011

DJI 2011c

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Productspecificatie preventief gehechte mannen*, Den Haag: 2011

DJI 2011d

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Stroomgegevens ppc/p.i.*, Den Haag: 2011

DJI 2012a

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Gevangeniswezen in getal 2007-2011*, Den Haag: 2012

DJI 2012b

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Forensische zorg in getal 2007-2011*, Den Haag: 2012

DJI 2012c

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Inkoopplan forensische zorg 2013*, Den Haag, 18 juni 2012

DJI 2012d

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Ppc Facts&Figures 2012*, Den Haag: 2012

DJI 2012e

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Zorgprogramma van het NIFP voor forensisch psychiatrische zorg aan gedetineerden, Behandelaanbod / productportfolio NIFP*, Den Haag: 2012

DJI 2012f

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Doorzorg uit voorzorg, jaarbericht ppc's 2011-2012*, Den Haag: 2012

Goderie en Lünemann 2008

M. Goderie en K.D. Lünemann, *De maatregel Inrichting voor Stelselmatige daders, Procevaluatie*, Den Haag: WODC 2008

Goderie e.a. 2009

M. Goderie, B. Tierolf, K. Lünemann en L. Drost, *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2009

Van Houten 2009

Van Houten P., Over binnen en buiten, veelplegeraanpak in een penitentiaire inrichting, *Justitiële Verkenningen*, jrg. 35, nr 2, 2009, blz. 118 e.v.

IACFP 2010

International Association for Correctional and Forensic Psychology, *Criminal Justice and behavior, IACFP Standards for psychology services in jails, prisons, correctional facilities and agencies*, IACFP, Sage publications, 2010

IGZ 2009

Inspectie Gezondheidszorg, *Medische diensten en penitentiaire inrichtingen*, Den Haag: IGZ, juni 2009

IGZ 2010

Inspectie Gezondheidszorg, *Staat van de gezondheidszorg 2010; meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg*, Utrecht: IGZ, maart 2010

IGZ 2011

Inspectie Gezondheidszorg 2011, *Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg*, Utrecht: IGZ, augustus 2011

Kaal et al. 2009

H.L. Kaal, M.M.J. van Ooyen-Houben, S. Ganpat, E. Wits, *Een complex probleem; Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*, Den Haag: WODC, cahier 2009-11

Van 't Land et al. 2008

H. van 't Land, C. Schoemaker, C. de Ruiter (red.), *Trimbos zakboek psychische stoornissen*, tweede herziene en uitgebreide druk, Utrecht: De Tijdstroom, 2008

Van Marle et al. 2008

H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis, M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragskundige rapportage in het strafrecht*, Rotterdam: Kluwer, 2008

Mevis 2006

P.A.M. Mevis, Gevangeniswezen, tbs en ggz: goede aansluiting, regievoering en ontzuiling gewenst, *Delikt en Delinkwent* 2006, afl. 7/50, blz. 719 e.v.

MvJ 2004

Ministerie van Justitie, *Beleidskader plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders*, 2004.

More en Weijters 2011

P.A. More en G. Weijters, *Tweede meting van de monitor nazorg ex-gedetineerden; Resultaten en vergelijking tussen twee metingen in de tijd*, Den Haag: WODC, Cahier 2011-3

Nagtegaal 2011

M.H. Nagtegaal, R.P. van der Horst, H.J.M. Schönberger, *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen*, WODC, Meppel: Boom Juridische uitgevers, 2011

Van Ooyen-Houben en Goderie 2009

M. van Ooyen-Houben en M. Goderie, Veelplegers terug bij af, de isd in retrospectief, *Justitiële Verkenningen* 2/2009, Den Haag: WODC 2009

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*, Den Haag: RMO 2007

RSJ 2007a

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving*, Den Haag: RSJ, advies d.d. 2 april 2007

RSJ 2007b

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming *De Inrichting voor Stelselmatige Daders. De isd-maatregel in theorie en praktijk*, Den Haag, RSJ, advies d.d. 4 april 2007

RSJ 2009a

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Zorg voor forensische zorg; De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet forensische zorg*, Den Haag: RSJ, advies d.d. 30 januari 2009

RSJ 2009b

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Zorg voor jongeren met psychische stoornissen in de justitiële jeugdinrichtingen*, Den Haag: RSJ, advies d.d. 28 mei 2009

RSJ 2010a

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Afschaffing van de Fokkensregeling; Beter niet*, Den Haag: RSJ, advies d.d. 2 februari 2010

RSJ 2010b

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Goed bejegenen; beginselen voor het omgaan met ingeslotenen*, versie 2010

RSJ 2012

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Langdurig toezicht; Reactie op het conceptwetsvoorstel langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking*, Den Haag: RSJ, Advies d.d. 31 mei 2012

RVZ 2012 (1)

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Stoornis en delict, Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten*, Den Haag: 2012

RVZ 2012 (2)

Indigo, *Probleemanalyse en plan van aanpak preadvies 'Samenhang ggz en forensische zorg'*, preadvies t.b.v. RVZ, Amsterdam: 2011

RVZ 2012 (3)

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Het forensische zorgstelsel, Beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg*, Achtergrondstudie bij het advies Stoornis en delict, Den Haag: 2012

RVZ 2012 (4)

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Zorg aan delinquent, opsluiten van patiënt, 'Cultuurverschillen Justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ'*, Achtergrondstudie uitgebracht door de aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag: 2012

Struijk 2011

S. Struijk, *De ISD in perspectief*, Rotterdam: Erasmus Universiteit 2011

Tollenaar en Van der Laan 2012

N. Tollenaar en A.M. van der Laan, *Effecten van de isd-maatregel*, Den Haag: WODC 2012

Verberk 2011

Suzan Verberk, *Probleemoplossend strafrecht en het ideaal van responsieve rechtspraak over probleemoplossend strafrecht*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 2011

VWS 2012

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Bestuurlijk toekomst akkoord GGZ 2013-2014*, Kamerbrief met bijlage, kenmerk CZ-GGZ-3120026 , Den Haag, 18 juni 2012

Wesselius e.a. 2010

J. Wesselius, J. Gorter en R. Moree, *Verantwoorde psychiatrische zorg in de ppc's*, s.l. 2010

WHO Europe 1998

World Health Organisation Regional Office for Europe, *Mental health promotion in prisons; report on a WHO meeting The Hague Netherlands, 18-21 november 1998*, Kopenhagen: 1999

WHO Europe 2007a

World Health Organisation Regional Office for Europe, Lars Møller, Heino Stöver et al. (red.), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, Kopenhagen: 2007

WHO Europe 2007b

World Health Organisation Regional Office for Europe, *Trencia statement on prisons and mental health*, Kopenhagen: 18 oktober 2007

WHO Europe 2009

World Health Organisation Regional Office for Europe, *Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health*, Kopenhagen: oktober 2009

WHO Europe 2010

World Health Organisation Regional Office for Europe, *Final report of the WHO National counterpart meeting on prison health*, Kopenhagen: oktober 2010

Zwemstra 2009

J.C. Zwemstra, *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie; een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers, 2009

Kamerstukken II, 2002-2003, 28 979 E

Kamerstukken II, 2002-2003, 24 077. nr. 112

Kamerstukken II, 2005-2006, 30 250, nrs. 4-5

Kamerstukken II, 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr. 48

Kamerstukken II, 2006-2007, 24 587, nr, 225

Kamerstukken II, 2007-2008, 31 110, nr. 4

Kamerstukken II, 2008-2009, 31 110 nr. 10

Kamerstukken II, 2008-2009, 31 110, nr. 11

Kamerstukken II, 2008-2009, 24 587, nr. 310

Kamerstukken II, 2009-2010, 32 398, nr. 3





## Bijlage 1 Forensische zorgtitels

De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding door het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Er zijn 22 forensische zorgtitels: 21 strafrechtelijke titels en 1 voorgenomen indicatiestelling. De laatste kan benut worden om een verdachte zorg te bieden voordat er sprake is van één van de strafrechtelijke titels (<http://www.efp.nl/forensische-psychiatrie/forensische-zorgtitels>).

1. Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo 39 Sr);
2. Tbs met dwangverpleging (art. 37a jo 37b Sr);
3. Tijdelijke plaatsing psychiatrisch ziekenhuis (13 Bvt);
4. Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (14 Bvt)
5. Tbs met proefverlof (art. 51 Bvt);
6. Plaatsing vanwege pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 Sv);
7. Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38gSr);
8. Tbs met voorwaarden (art. 38a Sr);
9. Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr);
10. Sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 Sv);
11. Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv);
12. Overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 Pbw);
13. Overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw) ;
14. Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders met voorwaarden(art.38p Sr);
15. Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38m Sr jo art. 44 b t/m 44 q Pm);
16. Penitentiair programma met zorg (art. 5 Pm);
17. Interne overplaatsing naar penitentiair psychiatrisch centrum in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw);
18. Poliklinische verrichtingen door ggz in het gevangeniswezen (art. 42 P);
19. Voorwaardelijke invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr);
20. Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiewet jo. 558 Sv);
21. Strafbeschikking met aanwijzingen als bedoeld in artikel 257, lid 3, Sv.
22. Voorgenomen indicatiestelling .



## **Bijlage 2 Lijst met geïnterviewde personen**

### **Ministerie van Veiligheid en Justitie, Directie Sanctie- en Preventiebeleid**

drs. J. Kox, projectleider Indicatiestelling Programma VFZ

K.J. Molthof, projectmedewerker Indicatiestelling Programma VFZ

### **Dienst Justitiële Inrichtingen, Directie Forensische Zorg**

mr. drs. G.V.M. van Gemert, sectordirecteur

drs. Z. Bergman, projectleider invoering forensische zorg

### **Dienst Justitiële Inrichtingen, Projectorganisatie PPC, Directie Gevangeniswezen**

J. Hillmann, extern organisatieadviseur

A.C.M.T. Johannisse, projectleider PPC fase 2

drs. J. Plaisier, extern procesbegeleider en onderzoeker

### **Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie te Utrecht**

dr. W.F. van Kordelaar, aansturend lid directieraad, portefeuillehouder rapportage, wnd. directeur Pieter Baan Centrum

drs. A.Y. Slijkhuis, hoofd IFZ

dr. J.C. Zwemstra, lid directieraad NIFP, portefeuillehouder zorg

### **Penitentiaire Inrichting Amsterdam Over-Amstel, locatie Penitentiair Psychiatrisch Centrum**

drs. J. Wesselius, directeur Zorg en Behandeling

### **Penitentiaire inrichting Hoogeveen**

Afvaardiging gedetineerden isd

A.M.J. Bot, trajectbegeleider isd

G.J. Doddema, trajectbegeleider isd

M.H. Hemstede, trajectbegeleider isd

S.H. van der Linden, verpleegkundige

M.M. Lodewegen, penitentiair inrichtingswerker ezv

P.E. Mollema, penitentiair inrichtingswerker ezv

J. Penninkhof, hoofd afdeling isd

drs. H. Scharft, psycholoog

drs. N. Schoemaker, psycholoog

drs. ing. M. Thomas, plv. vestigingsdirecteur

drs. J.M. Westenbroek, psychiater

### **Penitentiaire inrichting Vught**

H. Duijzer, afdelingshoofd unit 4

Gedetineerden EZV

Gedetineerden PPC

drs. H. Gijsbers, hoofd behandeling

A.C.J.M.T. Louwens, afdelingshoofd unit 6

dr. E.D.M. Masthoff LLB, directeur zorg en behandeling

**Penitentiaire inrichting Utrecht, locatie Wolvenplein Utrecht**

drs. G.A. Bastaanse, GZ-psycholoog

J.T. Drenth, plv. vestigingsdirecteur

drs. M. Ruiten, inrichtingsarts

P.M. Verbruggen, plv. vestigingsdirecteur

**Penitentiaire Inrichting Zwolle, locatie PPC Zwolle**

Afvaardiging gedetineerdencommissie

F. van der Bend, plv. vestigingsdirecteur PPC

J.A. van Dokkumburg, afdelingshoofd PPC

drs. J.H.M. Fröger, psycholoog PPC

drs. T.W. de Geus, hoofd behandeling

J.A.M. Groen, afdelingshoofd ISD

D. van de Horst, ZBIW'er PPC

J.K. Lamain, kwaliteitsfunctionaris

R.J.H. Marsman, plv. vestigingsdirecteur reguliere afdelingen

M. van Raalte, secretaris Commissie van Toezicht

H.H. Soepenbergh, businesscontroller

W.E. Veersma, trajectbegeleider

drs. C.A.J. Veldman, psychiater, directeur Zorg en Behandeling

J. Westerbeek, afdelingshoofd PPC

drs. D.B. Wisman, psycholoog PPC

G. van Zuthem, lid Commissie van Toezicht

**Penitentiaire Inrichting Limburg-Zuid, locatie PPC Overmaze**

Afvaardiging gedetineerden

A.G.H.G. Bremmers, voorzitter Commissie van Toezicht

E.M.G. Brils, groepsleider

J.M.J. Eurlings, plv. vestigingsdirecteur

E. Flipkens, behandelcoördinator

J.A.A. Habet, lid Commissie van Toezicht

M.H.M. Janssen, teamleider beveiliging

J.C.J.M. Koolen, directeur Zorg en Behandeling

M.M.J. Meindersma, lid Commissie van Toezicht

J.A.J. Schneiders- Beulen, groepsleider

R. Sleijpen, afdelingshoofd

R.J.B.M. Vial, afdelingshoofd

J. Westerbeek, afdelingshoofd

## Bijlage 3 Internationale standaarden (*capita selecta*)

Deel III van de Europese gevangenisregels bevat de eisen aan de gezondheidszorg in een gevangenis.

**Artikel 40** heeft betrekking op de *organisatie van de penitentiaire gezondheidszorg*:

- 40.1 De medische dienst van het gevangeniswezen dient organisatorisch nauw samen te werken met de algemene regionale of nationale gezondheidszorg
- 40.2 Het beleid op het gebied van de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen dient in het nationale gezondheidszorgbeleid te zijn geïntegreerd en daarmee in overeenstemming te zijn.
- 40.3 Gedetineerden dienen toegang te hebben tot de in het land beschikbare medische dienstverlening zonder daarbij te worden achtergesteld op grond van hun juridische situatie.
- 40.4 De medische dienst in een penitentiaire inrichting moet er naar streven om lichamelijke of geestelijke ziekten of gebreken, waaraan gedetineerden mogelijk lijden, te onderkennen en te behandelen
- 40.5 Alle nodige medische, chirurgische en psychiatrische voorzieningen die in de vrije maatschappij aanwezig zijn dienen ook ter beschikking van gedetineerden te staan.

**Artikel 42** beschrijft de eisen van screening en diagnostiek en stelt o.a. de volgende *verplichtingen aan de arts* danwel aan de verpleegkundige die aan de arts rapporteert:

- 42.1 De arts of een gediplomeerd verpleegkundige, die daarover aan de arts rapporteert, dient elke gedetineerde zo snel mogelijk na diens binnenkomst in de inrichting te zien en hem te onderzoeken tenzij dit kennelijk niet nodig is;
- 42.3b Het onderkennen van lichamelijke of geestelijke ziekten en het nemen van alle nodige maatregelen ter behandeling daarvan en voor de voortzetting van lopende medische behandeling;
- 42.3d Het opvangen van afkickverschijnselen veroorzaakt door drug-, medicijn- of alcoholgebruik;
- 42.3e Het onderkennen van mogelijke psychologische of anderssoortige overspanningsverschijnselen, die door de vrijheidsberoving op zich worden veroorzaakt;
- 42.3h Het opmerken van lichamelijke of geestelijke gebreken die een negatieve invloed op de resocialisatie kunnen hebben;
- 42.3j Het maken van afspraken met diensten in de vrije maatschappij voor de voortzetting van eventueel noodzakelijke medische en psychiatrische behandeling na ontslag, voorzover gedetineerden daarmee instemmen.

Artikel 47 van de EPR gaat specifiek in op de *geestelijke gezondheidszorg* en stelt:

- 47.1 Speciale, onder medisch toezicht opererende penitentiaire inrichtingen of afdelingen dienen beschikbaar te zijn voor de observatie en behandeling van gedetineerden die aan medische stoornissen of adwijkingen lijden en die niet per se onder het bepaalde in artikel 12 vallen.
- 47.2 De penitentiaire medische dienst moet voorzien in de psychiatrische behandeling van alle gedetineerden die dat nodig hebben en dienen in het bijzonder aandacht te besteden aan de preventie van zelfmoord.

De standaarden van de CPT (2002, rev. 2010) stellen ten aanzien van *equivalentie* van psychiatrische zorg:

41. In comparison with the general population, there is a high incidence of psychiatric symptoms among prisoners. Consequently, a doctor qualified in psychiatry should be attached to the health care service of each prison, and some of the nurses employed there should have had training in this field.

42. The CPT wishes to stress the *role to be played by prison management in the early detection of prisoners suffering from a psychiatric ailment* (eg. depression, reactive state, etc.), with a view to enabling appropriate adjustments to be made to their environment. This activity can be encouraged by the provision of appropriate health training for certain members of the custodial staff.
43. *A mentally ill prisoner should be kept and cared for in a hospital facility which is adequately equipped and possesses appropriately trained staff.* That facility could be a civil mental hospital or a specially equipped psychiatric facility within the prison system. On the one hand, it is often advanced that, from an ethical standpoint, it is appropriate for mentally ill prisoners to be hospitalised *outside the prison system*, in institutions for which the public health service is responsible. On the other hand, it can be argued that the provision of psychiatric facilities *within the prison system* enables care to be administered in optimum conditions of security, and the activities of medical and social services intensified within that system.
- Whichever course is chosen, the accommodation capacity of the psychiatric facility in question should be adequate; *too often there is a prolonged waiting period before a necessary transfer is effected. The transfer of the person concerned to a psychiatric facility should be treated as a matter of the highest priority.*
44. *A mentally disturbed and violent patient should be treated through close supervision and nursing support, combined, if considered appropriate, with sedatives.* Resort to instruments of physical restraint shall only very rarely be justified and must always be either expressly ordered by a medical doctor or immediately brought to the attention of such a doctor with a view to seeking his approval.

Over gedetineerden met persoonlijkheidsstoornissen in gevangenissen zegt de CPT:

68. Among the patients of a prison health care service there is always a certain proportion of unbalanced, marginal individuals who have a history of family traumas, long-standing drug addiction, conflicts with authority or other social misfortunes. They may be violent, suicidal or characterised by unacceptable sexual behaviour, and are for most of the time incapable of controlling or caring for themselves.
69. *The needs of these prisoners are not truly medical, but the prison doctor can promote the development of socio-therapeutic programmes for them, in prison units which are organised along community lines and carefully supervised.* Such units can reduce the prisoners' humiliation, self-contempt and hatred, give them a sense of responsibility and prepare them for reintegration. Another direct advantage of programmes of this type is that they involve the active participation and commitment of the prison staff.



## Bijlage 4 Cijfers en tabellen

Tabel 4.1 De herkomst van ezv-gedetineerden

Herkomst in procenten	Meting okt 2011	Meting okt 2008	Meting juni 2007
Politiebureau	58,9	45,0	29,0
Reguliere inrichting	26,5	39,0	50,0
Andere ezv	5,0	8,0	8,0
Elders	4,7	5,0	4,0
Ppc*	2,5	1,0	4,0
Ggz regulier	1,1	0,0	3,0
FPK/FPA	0,6	0,0	1,0
Beheersgroepen	0,3	2,0	1,0
Vreemdelingenbewaring	0,3	0,0	0,0
Isd	0,0	0,0	0,0
PBC	0,0	0,0	0,0
Totaal	100,0	100,0	100,0
* voor de meting van 2008 is het PBC 'vertaald' in de meting 2011 als ppc			
* voor de meting van 2007 is de FSU, FOBA, PBC in de meting van 2011 vertaald als ppc			

Bron: DJI

Tabel 4.2 gedetineerdersurvey ezv:

Gedetineerdersurvey 2011	Hvb en gevangenis		Ezv	
	Gemiddelde	Aantal	Gemiddelde	Aantal
Schalen				
Algemeen oordeel	2,79	2374	3,19	278
Veiligheid	3,58	2617	3,54	296
Rechten en regels	2,95	2655	3,13	296
Handhaving	2,71	2655	3,01	297
Gezondheid	2,79	2732	2,71	303
Gezondheidszorg	3,04	2276	3,32	269
Bureau Gedetineerderszaken	2,89	1746	3,24	177
Overige functionarissen	3,37	2051	3,57	234
Omgang met PIW-ers	3,14	2572	3,39	289
Omgang gedetineerden onderling	3,28	2652	3,36	299
Interculturalisatie	3,05	2602	3,2	293
Contacten met de buitenwereld	2,79	2642	3,1	296
Dagbesteding	2,49	2676	2,75	302
Activiteiten	2,85	1907	3,18	212
Autonomie	2,86	2642	3,01	295
D&R	2,33	2579	2,54	282
Re-integratie	2,5	2620	2,75	294
Toekomstverwachting	3,48	2671	3,5	296

  =ezv wijkt positief af van hvb en GEV.

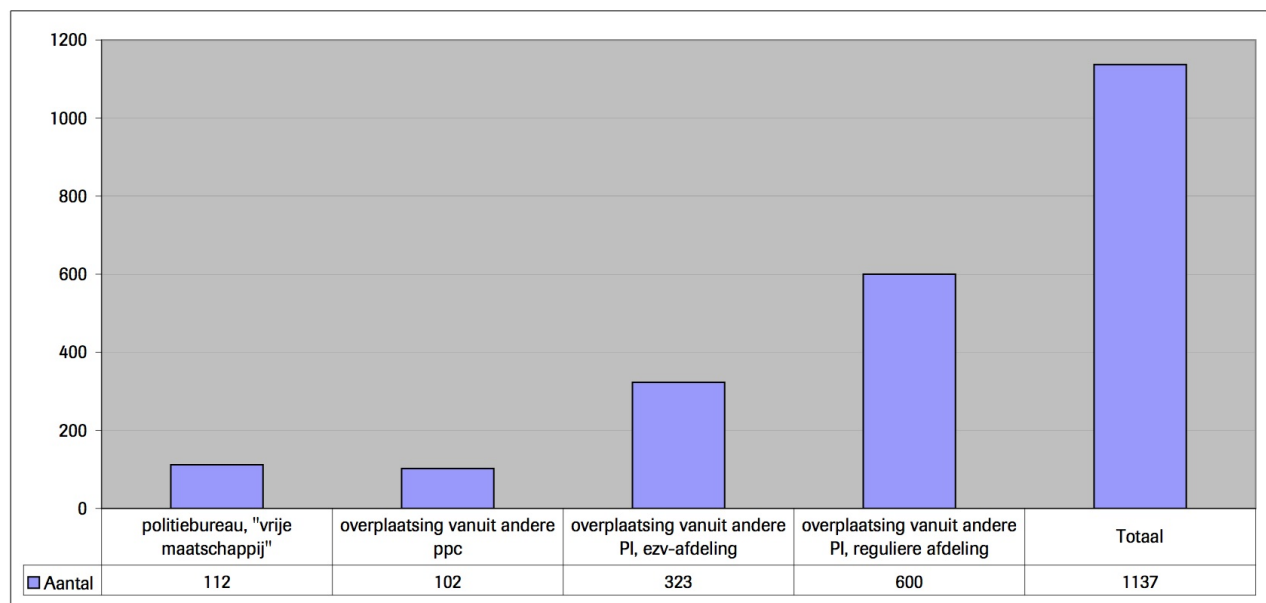
Bron: DJI

Tabel 4.3 De herkomst van de gedetineerden van het ppc Amsterdam

Inrichting van herkomst	Percentage
Regulier hvb	54,4
Intensive care (FOBA)	20
Ander ppc	18,7
Ggz klinisch	2,7
Labg	1,3
PBC	1,3
Isd	1,3

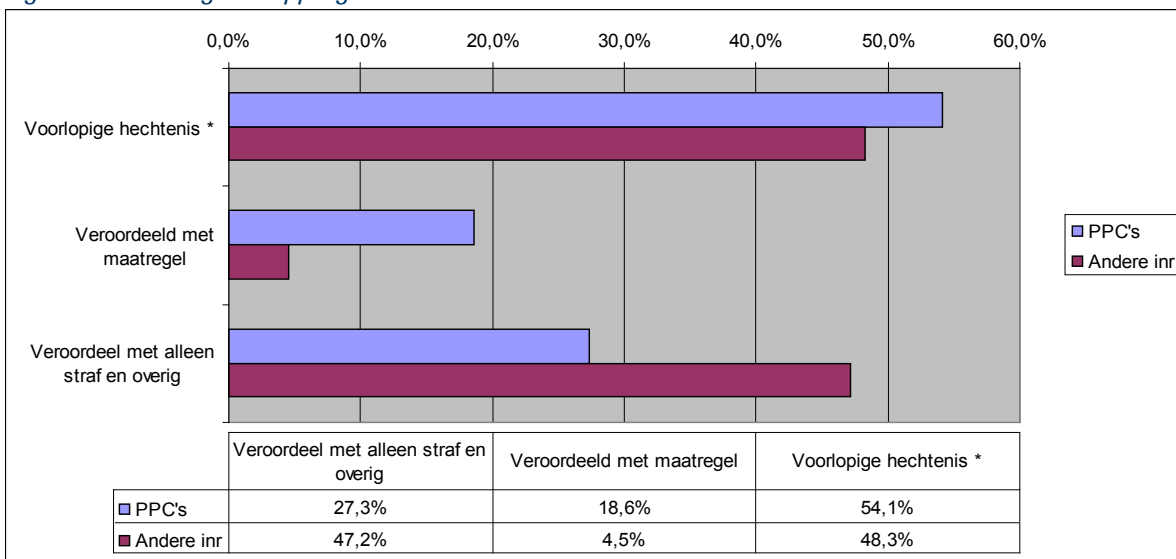
Bron: ppc Amsterdam

Figuur 4.1 Herkomst van ppc-gedetineerden over de eerste tien maanden van 2011



Bron: DJI

Figuur 4.2 Insluitingstitels ppc-gedetineerden



Bron: DJI

Tabel 4.4 Insluitingstitels ppc-gedetineerden <sup>111</sup>

Bezetting ppc naar verblijfstitel 2010-2011, absolute aantallen, ultimo september		
Verblijfstitel	2010	2011
<b>Voorlopige hechtenis</b>	<b>277</b>	<b>323</b>
Waarvan niet in hoger beroep	201	240
Waarvan in hoger beroep	76	83
<b>Vrijheidsstraf/maatregel</b>	<b>198</b>	<b>219</b>
Waarvan gevangenisstraf	152	157
Waarvan isd	44	60
Waarvan hechtenisstraf	2	2
<b>Vervangende sanctie/maatregel</b>	<b>16</b>	<b>11</b>
<b>Overig</b>	<b>59</b>	<b>42</b>
Waarvan tbs-passant	23	15
Waarvan strafrechtelijke maatregel plaatsing in psych. Zkh	18	12
Waarvan vreemdelingenbewaring	14	9
Waarvan overig	2	5
Waarvan onbekend	2	1
<b>Totaal</b>	<b>550</b>	<b>595</b>

Tabel 4.5 Uitstroom ppc Amsterdam, 2011

Bestemming	Percentage
Ander ppc	25,5
Ggz klinisch	23,8
Regulier hvb	20,8
Ggz ambuland	7,9
Dak- en thuislozenopvang	6,3
Tbs	4,8
PBC	4,8
Isd	3,2
Naar huis	3,2
Totaal	100,3

Bron: ppc Amsterdam

Tabel 4.6 Uitstroom ppc's landelijk, januari t/m oktober 2011)

Bestemming	Aantal	Percentage
'Vrije maatschappij'	583	51
Plaatsing buiten ppc o.g.v. art. 15.5 of 43.3 Pbw	23	2
Isd	48	4
Fpc of psychiatrisch ziekenhuis	163	14
Ander ppc	113	10
Andere Pl: ezv	35	3
Andere Pl: andere afd.	187	16
Totaal	1152	100

Bron: DJI

<sup>111</sup> DJI 2012b.

Tabel 4.7 Ingekochte plaatsen zorgaanbieders en realisatie 2009-2011<sup>112</sup>

Differentiatie	2009		2010		2011	
	Ingekocht	Realisatie (voorl.)	Ingekocht	Realisatie (voorl.)	Ingekocht	Realisatie (voorl.)
Fpa	251	262	249	249	279	279
Fpk	173	173	194	194	205	205
Verslavingszorg	186	186	195	195	174	174
RIBW	188	175	252	252	282	282
Regionale ggz	69	70	84	84	81	81
SGLVG	69	61	105	112	166	142
KIB	2	1	1	1	2	1
Fvk/fva	12	0	0	0	6	6
FZG fpa	79	85	152	111	155	106
FZG RIBW	40	40	40	19	28	21
VZ-aanbesteding	0	0	4	2	2	2
Totaal	1.069	1.053	1.276	1.219	1.380	1.299

Tabel 4.8 Ingekochte plaatsen bij zorgaanbieders en realisatie 2009-2011, in miljoenen

	2009		2010		2011	
	Ingekocht	Realisatie (voorl.)	Ingekocht	Realisatie (voorl.)	Ingekocht	Realisatie (voorl.)
Intramuraal	85,7	82,9	97,6	96,7	117,0	112,8
Ambulant	36,1	35,6	39,8	37,1	45,3	40,9
Totaal	121,8	118,5	137,4	133,8	162,3	152,9

Bron: DJI

Tabel 4.9 Contracten zorgaanbieders en realisatie 2009-2011 ambulant, in miljoenen

	2009		2010		2011	
	Contract	Realisatie (voorl.)	Contract	Realisatie (voorl.)	Contract	Realisatie (voorl.)
Forensische ggz	20,4	20,8	22,8	23,0	26,1	23,8
Verslavingszorg	5,7	5,2	5,4	4,7	5,8	4,7
Begeleiding	6,7	6,6	8,1	6,6	10,3	8,7
Reguliere ggz	2,5	2,2	2,4	1,7	2,2	2,0
Behandeling SGLVG	0,8	0,8	1,1	1,1	1,0	0,8
Totaal	36,1	35,6	39,8	37,1	45,4	40,0

Bron: DJI

<sup>112</sup> DJI 2012b, blz. 35.

<sup>113</sup> SGLVG= Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt, KIB= Klinisch Intensieve Behandelingen, FVK= Forensische Verslavingskliniek, FVA= Forensische Verslavingsafdeling, FZG= Forensische zorg, VZ= Verslavingszorg. Voor de overige afkortingen: zie afkortingenlijst.



