



Aan de Minister voor Rechtsbescherming

Postbus 20301

2500 GC Den Haag

Afdeling : advisering
Betreft : aanbieder advies
Contactpersoon : dhr. drs. M. Kruissink / mw. drs. D. Kempers
Doorkiesnummer : 06-5287 2158 / 06-5287 2185
E-mail : m.kruissink@minvenj.nl / d.b.kempers@minvenj.nl
Datum : 20 juni 2018
Ons kenmerk : RSJ/101/3036/MK/DK/TvV
Onderwerp : Gedetineerden met psychische problematiek

Geachte heer Dekker,

Met deze brief brengt de Afdeling advisering van de RSJ (hierna: de Afdeling) een kort en ongevraagd advies uit over de psychische zorg voor gedetineerden. Hierover heeft de RSJ in 2012 uitgebreid geadviseerd.¹ De aanleiding om hierover nogmaals te adviseren is dat ondanks de bereikte verbeteringen in het stelsel van zorgverlening, in de praktijk nog aanzienlijke knelpunten bestaan. Dit beeld baseert de Afdeling op gesprekken met professionals in het veld en recente publicaties.²

Gezien het belang van goede zorg, zowel vanuit de zorgplicht van uw ministerie als vanuit het perspectief van maatschappelijke veiligheid, acht de Afdeling een blijvende inzet op verbetering noodzakelijk en beoogt zij hieraan met dit advies een bijdrage te leveren.

Context en uitgangspunten

In verband met de vele reeds bestaande publicaties over de ontwikkelingen binnen de forensische zorg wordt in dit advies niet ingegaan op het stelsel als geheel.³ Hier wordt volstaan met de opmerking dat het systeem in principe voorziet in een gedifferentieerd zorgaanbod in de PI's (met basiszorg, aanvullende ambulante behandeling, luwteplaatsingen op EZV, speciale afdelingen als PPC's en ISD afdelingen) en de mogelijkheid van klinische forensische zorg in gespecialiseerde behandelinstellingen. Er is veel geïnvesteerd in kwaliteitsverbetering, zowel door de ontwikkeling van

¹ Advies *Forensische zorg tijdens detentie*, RSJ 27 september 2012.

² De adviescommissie heeft gesprekken gevoerd met professionals van PI's, PPC's, NIFP, Divisie Individuele Zaken DJI (Selectiefunctionaris), Divisie Forensische GGz en forensische behandelinstellingen. De waargenomen problematiek wordt bevestigd in recente publicaties zoals W. Roorda & W. Buysse, *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen. Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing*, Amsterdam: DSP-groep 30 maart 2016; *Uit Balans. Een onderzoek naar de kwaliteit van de taakuitvoering in zes locaties binnen het Gevangeniswezen*, Inspectie Justitie en Veiligheid 2018. Problemen in de doorstroom vanuit het gevangeniswezen naar de GGz zijn eind 2017 aangekaart in de Tweede Kamer (motie Buitenweg en Van Nispen 21-12-2017, *Kamerstukken II*, 2017-2018, 24 587, nr. 712, aangenomen in AO gevangeniswezen van 23-11-2017).

³ Algemene informatie over de werking van het stelsel van forensische zorg is te vinden in o.a. Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014-2017, DJI 16 augustus 2013; Handboek forensische zorg (Ministerie van Justitie en Veiligheid, editie 4, januari 2018); W. Roorda & W. Buysse, *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen. Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing*, DSP-groep 30 maart 2016. Ook in het RSJ-advies uit 2012 is een uitgebreid beeld geschetst van ontwikkelingen en knelpunten in de forensische zorg.

standaarden en protocollen voor zorg en behandeling, als via de opleiding van personeel.⁴ De investeringen op systeemniveau laten onverlet dat de praktijk weerbarstig blijft. Daar spelen complicerende factoren als een toenemend aantal gedetineerden met complexe psychische problematiek, terwijl op veel plaatsen sprake is van krappe personeelscapaciteit en hoge werkdruk. De veelal korte detentieduur maakt goede zorg en behandeling extra lastig te realiseren. Met betrekking tot de zorg in en verwijzing vanuit het gevangeniswezen acht de Afdeling op een aantal onderdelen verbetering noodzakelijk en formuleert daartoe in dit advies enkele aandachtspunten en aanbevelingen.⁵

Bij de beoordeling van zorg aan gedetineerden baseert de Afdeling zich op algemeen aanvaarde uitgangspunten met betrekking tot de psychische zorg voor justitiabelen:⁶

- Het equivalentiebeginsel: de zorg in strafrechtelijk kader dient gelijkwaardig te zijn aan de zorg in de vrije maatschappij.
- GGz-tenzij: dit betekent dat gedetineerden met een klinische indicatie wegens ernstige psychische problematiek in de (forensische) GGz worden geplaatst, tenzij er sprake is van een contra-indicatie.⁷
- De forensische zorg is naast de behandeling van de psychische stoornis ook gericht op het terugdringen van het recidiverisico, onder meer door het verminderen van criminogene factoren.
- Continuïteit van zorg: dit betreft de aansluiting op eventueel bestaande zorg voorafgaand aan en benodigde zorg aansluitend op detentie.

Op basis van deze uitgangspunten wordt in onderstaande ingegaan op: de kwaliteit van de (forensische) zorg in de PI's incl. de PPC's (paragraaf 1); de aansluiting tussen gevangeniswezen en GGz betreffende de behandeling onder justitiële titel ('GGz-tenzij') (paragraaf 2); de aanpak van criminogene factoren als onderdeel van forensische zorg (paragraaf 3); de continuïteit van zorg, betreffende de aansluiting op zorg voor en na detentie (paragraaf 4). Tenslotte worden conclusies, aanbevelingen en aandachtspunten benoemd (paragraaf 5).

1. Kwaliteit van de geboden zorg

Ondanks de ingezette verbeteringen is het realiseren van kwalitatief goede zorg op de reguliere afdelingen in het gevangeniswezen en in de PPC's lastig. Daarbij spelen zowel factoren die te maken hebben met de gedetineerdenpopulatie als personele factoren een rol.

1.1. Psychische zorg op de reguliere PI-afdelingen

Positief is dat het systeem goed is ingericht op het signaleren van eventueel aanwezige psychische problematiek. Er is sprake van systematische screening en diagnostiek vroeg in detentie. Tevens bestaat er, zoals hierboven aangegeven, in principe een gedifferentieerd zorgaanbod. Daarnaast heeft de persoonsgerichte aanpak in het gevangeniswezen, met name door het beleid van promoveren-degraderen, geleid tot toegenomen aandacht voor het gedrag van individuele gedetineerden. Daardoor kan afwijkend gedrag (al dan niet veroorzaakt door psychische stoornis en/of verslaving) eerder worden opgemerkt. Gedetineerden worden periodiek besproken in het Multi Disciplinair Overleg (MDO) en zonodig in het Psycho-Medisch Overleg (PMO). Wat betreft de begeleiding en behandeling is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in de beschikbaarheid van spv-ers (sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) en psychiaters. In alle PI's zijn bovendien zogenaamde EZV-afdelingen (Extra Zorg Voorziening) ingericht. Ook is voorzien in de mogelijkheid om ambulante zorgverleners aan te trekken. Dit alles draagt bij aan een detentieklimaat waarin aandacht is voor de signalering en behandeling van gedetineerden met psychische problematiek.

4 Zie bijvoorbeeld het portfolio *Standaard Verrichtingen in de directe patiëntenzorg door psychologen GW en VB*, (DJI) vastgesteld 4 februari 2016.

5 Over de zorg in de forensische behandelcentra heeft de Afdeling recent geadviseerd. (Zie: *Ontwikkelingen en Knelpunten bij Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen*, RSJ 2018.) Wat betreft de doorstroming en doorverwijzing is uiteraard sprake van enige overlap. Om herhaling te voorkomen zal waar nodig worden verwezen naar genoemd advies.

6 In het advies uit 2012 wordt uitgebreid ingegaan op de achtergrond van deze uitgangspunten.

7 *Handboek Forensische zorg* Ministerie Justitie en Veiligheid, editie 4, januari 2018, par. 3.2

Ondanks deze systemische verbeteringen blijken er hardnekkige problemen en knelpunten te bestaan in het aanbod van psychische zorg binnen de PI's, te weten:

- *Beperkt aantal EZV-plaatsen*

Binnen de PI's is sprake van een aanhoudend hoog percentage gedetineerden met psychische problematiek (60% van de gedetineerden heeft een psychische stoornis, 20% een ernstige stoornis), waarbij in het veld veelvuldig een toename van zware problematiek wordt gesignaleerd.⁸ Dat legt een grote druk op de beschikbare EZV-plaatsen, wat wordt versterkt doordat op de EZV ook 'kwetsbare' gedetineerden zoals zedendelinquenten verblijven, evenals gedetineerden die op de wachtlijst staan voor plaatsing in een PPC. Door krapte van de EZV-capaciteit verblijven gedetineerden met een grote zorgbehoefte soms noodgedwongen op reguliere gw-afdelingen.

- *Tekort aan (GZ)psychologen*

Op de reguliere gw-afdelingen staat de psychische zorg onder spanning door aanhoudende capaciteitsproblemen onder psychologen. De bestaande norm van één psycholoog op 180 gedetineerden lijkt niet (meer) te passen bij de zorgbehoefte van de populatie en evenmin bij de beleidsambities met betrekking tot de zorg in het gevangeniswezen (betreffende screening, diagnostiek, behandeling en doorverwijzing). Bijkomend probleem is dat beschikbare vacatures voor GZ-psychologen in de PI moeilijk te vervullen zijn. Door deze capaciteitsproblemen komen psychologen in de PI ook naar eigen zeggen nauwelijks toe aan de behandeling van ernstige psychische klachten en/of een hoog recidiverisico. Dit betreft zowel behandeling gericht op stabiliseren (bij crisis), als motiveren en meer op recidive gerichte interventies.⁹ Met betrekking tot de benodigde capaciteit dient niet alleen rekening te worden gehouden met diagnostiek en behandeling, maar ook met taken rond de aansluiting op eventuele zorgtrajecten voorafgaand aan detentie, doorverwijzing naar forensische GGz en het regelen van aansluitende zorg na afloop van de justitiële titel. Gezien het grote aantal kortgestraften in detentie vergt vooral dat laatste veel tijd. Psychologen en andere medewerkers in de PI zijn dus behalve zorgverlener ook in hoge mate 'zorgmakelaar' en moeten voldoende tijd hebben om deze functie te kunnen vervullen.

- *Het functioneren van multidisciplinaire overleggen (PMO en MDO)*

Het overleg van de zorgprofessionals, het PMO, staat onder druk door het grote aantal gedetineerden met psychische problematiek en doordat de psychologen, als coördinator van het PMO, veel tijd kwijt zijn aan administratie. Binnen de beschikbare tijd ligt de nadruk op indicatiestelling en blijft onvoldoende tijd over voor het bespreken van complexe casuïstiek.¹⁰

Ook met betrekking tot de kwaliteit van het MDO worden problemen gesignaleerd.

Het functioneren van dit overleg, de belangrijkste schakel in het signaleren van afwijkend gedrag onder gedetineerden, staat (mede) als gevolg van opeenvolgende bezuinigingen binnen het gevangeniswezen onder druk. Door onder meer werkdruk en personele krapte kunnen bijvoorbeeld niet alle disciplines aanwezig zijn en/of zijn rapportages onvolledig gevuld, waardoor het MDO niet altijd optimaal functioneert.¹¹

- *Korte detentieduur als complicerende factor voor behandeling en doorverwijzing*

De behandel mogelijkheden binnen de PI zijn beperkt door de vaak korte detentieduur (75% van de gedetineerden is twee maanden of korter gedetineerd). Die tijd is te kort voor behandeling. Als het dan lukt om te stabiliseren, te motiveren voor behandeling en benodigde zorg na afloop van detentie te regelen (zie hieronder, continuïteit van zorg), is al veel bereikt.

- *Ambulante zorg*

Voor gedetineerden met een langere detentieduur kan gebruik worden gemaakt van ambulante behandeling, doorgaans binnen de PI, aangeboden door gecontracteerde

8 Het hoge percentage gedetineerden met psychische problematiek wordt in onderzoeken bevestigd. Dat tevens sprake is van verzwarende van de problematiek wordt wel algemeen ervaren in het veld (zie o.a. *Uit Balans*, IJenV 2018; *Ontwikkelingen en Knelpunten Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen*, RSJ 2018) maar kan vooralsnog niet uit de cijfers worden afgeleid (zie A.J.E. Dirkzwager en P. Nieuwebeerta, Psychische problemen tijdens detentie: een overzicht van kernresultaten uit het Prison Project in *Proces* 2018 (97) 1). Het nog lopende WODC-onderzoek naar deze problematiek kan hierover mogelijk meer duidelijkheid geven.

9 Het capaciteitsprobleem en de gevolgen voor het bieden van psychologische basiszorg wordt o.a. gesignaleerd in *Behandelprogramma psychische basiszorg; Psychologische behandelmodules als onderdeel van de op stabilisatie, herstel en re-integratie gerichte psychische basiszorg in detentie en de vreemdelingenbewaring*, DJI, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 4 februari 2016, p.6. Het is tevens geconstateerd in W. Roorda & W. Buisse, *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen. Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing*, DSP-groep 30 maart 2016.

10 W. Roorda & W. Buisse, *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen. Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing*, DSP-groep 30 maart 2016

11 Zie *Uit Balans*, IJenV 2018.

behandelaars uit de GGz. Dat heeft niet alleen een gunstig effect op de beschikbare zorgcapaciteit (die bovendien flexibel kan worden 'ingekocht') maar, in geval van regionale plaatsing, tevens op de nazorg. De patiënt is dan immers al bekend bij een behandelaar uit de GGz als de justitiële titel afloopt, wat voortzetting van de behandeling na detentie vergemakkelijkt.

In de praktijk echter verloopt het inschakelen van (extern gecontracteerde) ambulante zorg soms moeizaam door de extra afstemming en tijdsinspanning die het van beide partijen vraagt.

1.2. *Psychische Zorg in de PPC's*

De PPC's zijn bestemd voor gedetineerden met een indicatie voor klinische zorg die op grond van een contra-indicatie niet in de (forensische) GGz kunnen worden opgenomen. Met betrekking tot de kwaliteit is in de PPC's sprake van volwaardige zorg wat betreft crisisinterventie en stabilisatie van beheersproblematische patiënten. Daartoe zijn in relatief korte tijd veel procedures en protocollen ontwikkeld. Ook de sinds 2013 bestaande mogelijkheid tot het gebruik van dwangbehandeling, mits toegepast met terughoudendheid (dus als ultimum remedium), met inachtneming van benodigde zorgvuldigheidseisen en randvoorwaarden, heeft hieraan bijgedragen.

Een knelpunt betreft de beschikbare capaciteit van de PPC's: er zijn wachtlijsten voor plaatsing waardoor deze patiënten soms lang binnen de PI's moeten verblijven, op een EZV- of desnoods op een reguliere afdeling. De druk op de PPC-capaciteit wordt bovendien versterkt doordat vanuit de PPC's relatief weinig wordt doorverwezen naar de GGz (zie onderstaande paragraaf).

2. 'GGz-tenzij' – doorverwijzing van gedetineerden naar forensische GGz

Wanneer bij gedetineerden een klinische opname is geïndiceerd, dient deze op grond van het uitgangspunt 'GGz-tenzij' plaats te vinden binnen de (forensische) GGz, tenzij sprake is van een contra-indicatie. In dat geval is plaatsing in een PPC geïndiceerd (dat betreft doorgaans zware beheersproblematiek en een hoge beveiligingsnoodzaak). De achterliggende gedachte daarbij is dat de penitentiaire omgeving minder geschikt is voor de behandeling van patiënten met ernstige psychische problematiek.

Een positieve ontwikkeling is dat de mogelijkheid tot doorverwijzing naar de forensische GGz vanuit het gevangeniswezen is verbeterd door uitbreiding van het aantal bedden in de Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's).¹² De benodigde zorg wordt vraaggestuurd ingekocht door de Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI)¹³, met een adequate regie op plaatsing via het Forensisch Plaatsingsloket. Ook is sprake van een verbeterde indicatiestelling en verkorting van de doorlooptijden bij het NIFP.¹⁴ Tevens heeft een pilot plaatsgevonden met betrekking tot de samenwerking tussen DJI en de GGz.¹⁵

Ondanks deze substantiële verbeteringen op systeemniveau, lijkt het uitgangspunt 'GGz-tenzij' in de praktijk nog maar beperkt geïmplementeerd. Dat betreft zowel de doorverwijzing naar (forensische) GGz vanuit de PI's in het algemeen als vanuit de PPC's. Diverse redenen worden benoemd:

- *Capaciteit*

Ondanks de vraaggestuurde inkoop geven professionals in de PI's en PPC's aan regelmatig te stuiten op een gebrek aan geschikte behandelplaatsen en op wachtlijsten in de forensische GGz. In hoeverre hier sprake is van een feitelijk capaciteitsprobleem of dat er andere problematiek speelt ten aanzien van de doorverwijzing, heeft de Afdeling niet kunnen vaststellen.

- *Doorverwijzing en ketensamenwerking*

Vanuit de PI's wordt eerder doorverwezen naar een PPC dan naar een forensische behandelinstelling. Dat heeft aan de ene kant te maken met de complexere procedures rond indicatie en doorplaatsing naar de (forensische) GGz; doorverwijzing naar een PPC is eenvoudiger. Ook zouden GGz-instellingen niet altijd bereid zijn om de (complexe) delinquenten op te nemen. Aan de andere kant lijken behandelaars in

¹² Zie *Ontwikkelingen en Knelpunten Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen*,

¹³ Forzo/JJI is onderdeel van DJI.

¹⁴ Zie Beleidsreactie op RSJ-advies 2012, 30 augustus 2013.

¹⁵ *Evaluatie Pilot DJI-GGZ, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie VenJ, 7 april 2014*

de PI onvoldoende vertrouwen te hebben in de zorg die de GGz kan bieden aan deze doelgroep.

Ook ten aanzien van het PPC heeft de Afdeling de indruk dat de focus meer is gericht op zelf behandelen dan op doorverwijzing, ook als daarvoor geen contra-indicatie bestaat en de patiënt volgens het vigerende beleid dient te worden behandeld in de forensische GGz.¹⁶

De beoogde intensieve regionale ketensamenwerking tussen NIFP, PI's en de forensische GGz lijkt daarmee nog niet structureel tot stand te zijn gekomen, terwijl dit gezien de korte detentieduur van groot belang is (onder andere wat betreft goede informatieoverdracht en soepele plaatsingsprocedures).¹⁷ Zo heeft het systeem van centrale indicatiestelling mogelijk als nadeel dat een psychiater in het PPC de gewenste overplaatsing van een gedetineerde naar een FPK of FPA niet in onderling overleg met de collega in de betreffende inrichting kan regelen, waardoor de professionele afstand groter blijft dan wenselijk.

3. Psychische zorg gericht op vermindering van criminogene factoren

Effectieve psychische zorg aan gedetineerden vraagt om een persoonsgerichte werkwijze waarin behandeling samengaat met de aanpak van criminogene factoren (bijv. volgens het What Works-model). Om effect te sorteren dient de behandeling voldoende intensief te zijn en voltooid te kunnen worden (al dan niet transmuraal), waarbij vaak sprake zal zijn van een combinatie van behandeling en beheersing (change and control).

Verslaving, maar ook factoren als cognitieve vaardigheden, antisociale attitude, lage opleiding/verstandelijke beperking, schulden of het ontbreken van een sociaal netwerk hebben grote invloed op het recidiverisico. Dat betekent dat bij behandeling van psychische problematiek zonder aandacht voor deze factoren de kans op terugval in criminaliteit groot is.

Deze aanpak van criminogene factoren krijgt naar het oordeel van de Afdeling onvoldoende aandacht in de psychische zorg aan gedetineerden. Weliswaar worden binnen de inrichtingen van DJI alle gedetineerden gescreend op de vijf leefgebieden, waaronder de benodigde zorg, maar daarbij is naar het oordeel van de Afdeling onvoldoende ruimte voor interventies gericht op cognitieve vaardigheden, antisociale attitude en verslavingsproblematiek.¹⁸

Vanuit het oogpunt van goede zorg en recidivepreventie acht de Afdeling verbetering op dit punt noodzakelijk, bijvoorbeeld door een groter aanbod van werkzame gedragsinterventies of psychische behandeling en begeleiding voor langer gestraften, al dan niet ambulante ingekocht.

Met betrekking tot verslaving, één van de belangrijkste criminogene factoren, acht de Afdeling aanpassing van het beleid noodzakelijk. In het vigerende drugsbeleid ligt de focus op de beheersmatige kant (verbod van en controle op drugsgebruik), terwijl de behandeling sterk is teruggedrongen met het verdwijnen van de verslavingsreclassering en de verslavingsbegeleidings-afdelingen (VBA's) uit de PI's. De kortdurende trainingen die nu in de PI's beschikbaar zijn, zijn voor veel delinquenten onvoldoende. In een uitgebreider programmatisch behandelaanbod is alleen voorzien in het kader van de ISD-maatregel.

In aansluiting op hetgeen is gesteld in eerdere adviezen geeft de Afdeling in overweging om de aanpak van verslaving in het gevangeniswezen meer te laten aansluiten bij best practices (uit vooral Angelsaksische landen). Een goede aanpak impliceert bij voorkeur een intensief (drugvrij) transmuraal behandelprogramma, dat start in detentie en (naadloos) doorloopt na – al dan niet voorwaardelijk – ontslag.¹⁹

4. Continuïteit van zorg – voortzetting na afloop van justitiële titel

De meeste psychische stoornissen hebben een langdurig of chronisch karakter. Daarmee is aansluiting op zorg voorafgaand aan en aansluitend op detentie van groot belang.

De detentiesituatie biedt, met de mogelijkheid tot (kortdurende) behandeling gekoppeld aan een duidelijke structuur en toezicht, goede mogelijkheden om de gedetineerde te

¹⁶ Zie o.a. beleidsreactie op het advies uit 2012 en *Handboek Forensische Zorg*, Ministerie JenV, editie 4, 2018.

¹⁷ Zie ook W. Roorda & W. Buysse, *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen. Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing*, DSP-groep 30 maart 2016.

¹⁸ Voor de gesignaleerde problemen m.b.t. het organiseren van zorg als een van de vijf leefgebieden: zie het advies Van detineren naar re-integreren, RSJ 13 juli 2017.

¹⁹ Zie o.a. NIDA, *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations* 2014.

stabiliseren, te motiveren voor verdere behandeling en eventuele criminogene factoren aan te pakken. De eventueel bereikte resultaten gaan echter na afloop van de justitiële titel snel verloren als niet is voorzien in aansluitende zorg. Dit is niet alleen ongewenst vanuit behandelingspunt maar ook omdat dan de kans op recidive onveranderd hoog blijft. In principe biedt de 'levensloopbenadering' binnen het gevangeniswezen een kader voor het organiseren van deze 'doorzorg', maar in de praktijk blijft het organiseren daarvan in meerdere opzichten een moeilijke opgave.

Dat op dit vlak verbeteringen nodig zijn, wordt breed erkend en is recentelijk geadresseerd in het Landelijke Programma Continuïteit van zorg, specifiek gericht op de overgang van forensische naar reguliere zorg. Dat programma heeft geleid tot concrete aanbevelingen die, blijkens de beleidsreactie op de eindrapportage, nader worden uitgewerkt.²⁰ De Afdeling onderschrijft de noodzaak van de aangekondigde inspanningen met betrekking tot procedures, financiering, benodigde capaciteit en de aansluiting tussen zorgsystemen (van justitie en GGz).

In aanvulling daarop benoemt de Afdeling in dit verband vooral de problemen waarmee professionals in het gevangeniswezen te maken hebben en die deels samenhangen met eerder genoemde problemen en knelpunten.

De vaak korte detentieduur maakt dat psychologen en andere zorgprofessionals in de inrichting weinig tijd hebben om de noodzakelijke informatie te verzamelen over zorgtrajecten voorafgaand aan detentie, eventueel te overleggen met de betreffende behandelaars en om de doorverwijzing naar de reguliere GGz te regelen. Als dat nog niet is gelukt als de justitiële titel eindigt (de ontslagdatum), is er geen mogelijkheid om de (ex)gedetineerde nog even 'binnen te houden' tot de overplaatsing is geregeld. Een complicerende factor is dat een deel van de delinquenten niet gemotiveerd is voor zorg of behandeling na afloop van de straf en het tijdens een korte detentie vaak niet lukt om hen te motiveren.

Het in kaart brengen van lopende zorgtrajecten en het organiseren van benodigde nazorg is bovendien arbeids- en tijdsintensief voor met name de psychologen, zeker als gedwongen zorg is geïndiceerd waarvoor een (civiele) zorgmachtiging moet worden aangevraagd.

Om te voorkomen dat zorgbehoevende gedetineerden zonder passende zorg of opnameplek worden ontslagen uit de PI, acht de Afdeling het van groot belang dat hiervoor binnen het gevangeniswezen voldoende capaciteit, deskundigheid en middelen beschikbaar zijn.

5. Conclusies en aanbevelingen

De Afdeling constateert dat er binnen het gevangeniswezen veel is geïnvesteerd in de zorg voor gedetineerden met psychische problematiek. Belangrijke ontwikkelingen daarbij zijn de invoering van de persoonsgerichte benadering, de inkoop van forensische zorg, de ruimere mogelijkheden voor (dwang)behandeling in het PPC en kwaliteitsprojecten zoals het Kwaliteitsproject Forensische Zorg. Daarmee kent het systeem zowel zorgdifferentiatie als kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling.

In de praktijk echter bestaan nog knelpunten wat betreft de kwaliteit van de geboden zorg, de implementatie van het 'GGz-tenzij' beleid, de aanpak van criminogene factoren en de aansluiting op zorg na afloop van de justitiële titel.

Daartoe formuleert de Afdeling de volgende aanbevelingen:

- *Uitbreiding van de formatie van psychologen in de PI's*
Het hoge percentage gedetineerden met psychische problematiek vraagt om aanpassing van de norm van 1 psycholoog op 180 gedetineerden, deze dient naar boven te worden bijgesteld. Met het oog op de beschikbare financiële middelen kan worden overwogen om de benodigde professionele formatie deels te realiseren door de inzet van andere dan GZ-psychologen, bijvoorbeeld waarbij basispsychologen onder regie van GZ-psychologen werken. Ook kan worden gedacht aan het werven van verpleegkundig specialisten of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Gezien de schaarste op de arbeidsmarkt is het wenselijk om via goed en consistent personeelsbeleid (scholing, carrièremogelijkheden, takenpakket) een positief arbeidsklimaat te bevorderen en uitwisseling met GGz-instellingen te stimuleren.

²⁰ Kamerstukken II, 2016-2017, 33 628, nr. 19.

- *Uitbreiding van de EZV-capaciteit in de PI's*
Gezien de grote druk op de beschikbare EZV-plaatsen, waardoor gedetineerden met (ernstige) psychische problematiek regelmatig op reguliere gw-afdelingen moeten verblijven, geeft de Afdeling in overweging om het aantal EZV-plaatsen uit te breiden.
- *Onderzoek de druk op de beschikbare PPC-plaatsen*
De Afdeling acht nader onderzoek naar de benodigde PPC-capaciteit wenselijk. Enerzijds leiden wachtlijsten bij de PPC's tot problemen op de EZV's en reguliere afdelingen in het gevangeniswezen, anderzijds kan een goede doorstroming naar de forensische GGz (zie onderstaande aanbeveling over 'GGz-tenzij') de behoefte aan PPC-plaatsen doen afnemen.
- *Betere invulling van 'GGz-tenzij'*
Onderzoek de achtergronden en oorzaken van de problemen met de doorverwijzing vanuit de reguliere PI-afdelingen en de PPC's, gericht op eventuele capacitaire problemen, procedures, cultuurverschillen en beeldvorming (tussen justitie en GGz). Investeer tevens in transmurale synergie tussen het justitiële systeem en de GGz door onder meer de ontwikkeling en implementatie van een gedeelde zorgvisie en goede informatie-uitwisseling in de keten (zie ook aanbeveling 2012).
- *Aandacht voor criminogene factoren*
Versterk met betrekking tot de screening op de vijf leefgebieden in het gevangeniswezen de invulling van de zorg (ten minste voor langer gestraften). Intensiveer daarbij de aanpak van criminogene factoren als cognitieve vaardigheden, antisociale attitude en verslaving en realiseer een daarbij passend aanbod van werkzame interventies.
Overweeg de uitbreiding van verslavingsbehandeling en –begeleiding binnen het gevangeniswezen en onderzoek mogelijkheden van intensieve transmurale verslavingsbehandeling (zoals die bestaat in veel Angelsaksische landen).
- *Versterking continuïteit van de zorg*
Intensiveer, in lijn met wat is aangekondigd in de beleidsreactie op het Programma Continuïteit van zorg, de inspanningen ten aanzien van de aansluiting op zorg voorafgaand aan en na afloop van de justitiële titel. Samenwerking van PI- en PPC-directies met GGz-instellingen en andere zorginstanties (zoals vormen van begeleid en beschermd wonen) lijkt daartoe aangewezen, evenals het faciliteren van de doorstroom door vereenvoudiging van administratieve en financiële procedures rond indicatiestelling en overplaatsing. Daarnaast kan een intensivering van de ambulante hulpverlening in de PI's bijdragen aan een betere nazorg omdat, in geval van regionale plaatsing, de (ex)gedetineerde dan al bekend is bij een GGz-behandelaar.

De Afdeling is, tot slot, positief over de ontwikkelingen die al gaande zijn, evenals over de grote inspanningen en betrokkenheid van het personeel ondanks de altijd hectische werkomgeving in het gevangeniswezen.

Met deze brief beoogt de Afdeling bij te dragen aan verdere verbetering van de psychische zorg voor gedetineerden en is daarbij graag bereid een en ander nader toe te lichten.

Hoogachtend,
namens de Afdeling advisering van de Raad voor Strafrechtstoepassing en
Jeugdbescherming,



mr. L.A.J.M. de Wit, voorzitter Afdeling advisering