

Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen

Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering,
indicatiestelling en plaatsing

Willemijn Roorda

Wendy Buysse

RAPPORT



Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen

Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering,
indicatiestelling en plaatsing

Willemijn Roorda

Wendy Buysse

Met medewerking van:

Aniek Verwest, Sander Scherders

Amsterdam, 30 maart 2016

Willemijn Roorda

Onderzoeker

wroorda@dsp-groep.nl

Wendy Buysse

Senior onderzoeker

wbuysse@dsp-groep.nl

*Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het WODC, afdeling Extern Wetenschappelijke
Betrekkingen, ministerie van Veiligheid en Justitie.*

©2016, WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie. Auteursrechten voorbehouden.

Inhoud

Samenvatting	6	
Summary	15	
1	Inleiding	24
1.1	Aanleiding en doel van het onderzoek	24
1.2	Definities en afbakening onderzoek	26
1.3	Leeswijzer	27
2	Beleidscontext	28
2.1	Wettelijke context forensische zorg en basiszorg	28
2.2	Forensische zorgtitels	29
2.3	Indelingen in de basiszorg en forensische zorg	30
2.4	Ketenproces en procedures forensische zorg gedetineerden in HvB en GV	31
2.5	Ketenproces forensische zorg bij ISD-maatregel	34
2.6	Indicatiestelling	35
2.7	Plaatsing	36
2.8	Implementatie Stepped Care	36
3	Onderzoeksvragen en methode	38
3.1	Onderzoeksvragen	38
3.2	Deelnemende PI's	38
3.3	Methoden van onderzoek	39
3.4	Reikwijdte van het onderzoek	43
4	Forensische zorgtrajecten HvB en gevangenis	44
4.1	Het PMO	45
4.2	Verwijzing naar en bespreking in het PMO	47
4.3	Indicatiestelling door het PMO	50
4.4	Plaatsing (vormgeving zorgtrajecten) tijdens detentie	59
4.5	Aansluitende zorg (voor en na detentie)	62
4.6	Doorlooptijden	63
4.7	Samenwerking	64
4.8	Arrestanten	66
5	Forensische zorgtrajecten ISD-maatregel	68
5.1	Het PMO	68
5.2	Indicatiestelling door PMO	69
5.3	Plaatsing (vormgeving zorgtrajecten tijdens ISD-maatregel)	74
5.4	Aansluitende zorg voor en na ISD	76
6	Knel- en verbeterpunten en mogelijke oplossingen	80

6.1	Overzicht knel- en verbeterpunten	80
6.2	Strafrechtelijk kader	81
6.3	Landelijk beleid	82
6.4	Financieringsstromen	86
6.5	Complexiteit van het indicatiesysteem, inkoop en plaatsing	87
6.6	Beschikbaarheid regionaal zorgaanbod en samenwerking	89
7	Conclusies	93
7.1	Reikwijdte en beperkingen van het onderzoek	93
7.2	Doorverwijzing naar en besluitvorming in het PMO	94
7.3	Plaatsing volgens procedures	98
7.4	Zorg wenselijk, maar niet gerealiseerd	99
7.5	Verloop van de zorgtrajecten	99
7.6	Overall conclusie	103
Bijlagen		
	Bijlage 1: Leden van de begeleidingscommissie	105
	Bijlage 2: Forensische Zorgetitels	106
	Bijlage 3: Onderzoeksvragen (hoofd- en subvragen)	107
	Bijlage 4: Analyseplan digitale enquête psychologen	108
	Bijlage 5: Analyseplan interviews casemanagers/psychologen	111
	Bijlage 6: Casussenoverzichten preventief gehechten, afgestraften en arrestanten	115
	Bijlage 7: Casusoverzicht ISD'ers	122

Gebruikte afkortingen

AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling
BIG	(wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BSF	Bureau Selectie Functionaris
DBBC	Diagnose Beveiliging en Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
D&R	Detentie en Re-integratieplan
DEMO	Stichting Door, Vereniging Exodus Nederland, Stichting Moria en Stichting de Ontmoeting
EZV	Extra Zorg Voorziening
ForZo/JJI	Divisie Forensische Zorg en Justitie Jeugdinrichtingen
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FPL	Forensisch Plaatsing Loket
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
FVA	Forensische Verslavingsafdeling
FVK	Forensische Verslavingskliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IFZ	Indicatie Forensische Zorg
IFZO	Informatie Voorziening Forensische Zorg
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders
ISP	Informatie Systeem Psychologen
ISS	Inkomsten, Screening en Selectie
JD-online	Justitiële Documentatie Online
(L)VB	(Licht) Verstandelijke Beperking
MDO	Multi Disciplinair Overleg
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
OM	Openbaar Ministerie
Pbw	Penitentiaire Beginselen Wet
PI	Penitentiaire Inrichting
PIW-er	Penitentiair Inrichtingswerker
TBS	Ter Beschikking Stelling
PMO	Psycho-Medisch Overleg
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SGLVG	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt
VenJ	Veiligheid en Justitie
Wfz	Wet Forensische Zorg
ZCO	Zorg Coördinatie Overleg

Samenvatting

Aanleiding en doel van het onderzoek

In detentie verblijven veel gedetineerden met psychische problematiek: psychiatrische symptomen, verslaving, een (licht) verstandelijke beperking ((L)VB) of een combinatie van deze problemen. In 2014 zijn op een instroom van 41.400 gedetineerden bijna 600 plaatsen in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) gerealiseerd en ongeveer 2000 in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (klinische zorg, beschermd wonen en ambulante zorg).¹

Met het ontwikkelen van zorgtrajecten tijdens en in aansluiting op detentie wordt gepoogd voor deze gedetineerden een zorgaanbod en -continuïteit te realiseren, vanuit de overtuiging dat het realiseren van tijdige, passende en kwalitatief hoogwaardige forensische zorg bijdraagt aan de vermindering van recidive. Om beter invulling te kunnen geven aan het 'forensisch' zorgproces binnen het gevangeniswezen en het plaatsingsproces te optimaliseren heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) inzicht nodig in hoe de besluitvorming over gedetineerden met psychische problemen plaatsvindt. DSP-groep heeft in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van VenJ kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de besluitvorming over en het verloop van zorgtrajecten van gedetineerden in zes penitentiaire inrichtingen.

Afbakening onderzoek

Het onderzoek richt zich op de forensische zorg en de psychische basiszorg aan gedetineerden (preventief gehechten, afgestraften en ISD'ers²) vanaf het moment van binnenkomst in de penitentiaire inrichting (PI) tot het moment dat de gedetineerde de PI verlaat. Forensische zorg is gedefinieerd als de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verslavingszorg of gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel. Daarnaast is er in elke PI psychische basiszorg aanwezig. Deze zorg wordt geleverd door een multidisciplinair team – het Psycho-Medisch Overleg (PMO) – bestaande uit een inrichtingspsycholoog, de psychiater van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) en de medische dienst. Gedetineerden met psychische problematiek, psychiatrische symptomen, verslaving en/of licht verstandelijke beperking worden in het PMO besproken. Het PMO beslist vervolgens of verwijzing naar basiszorg of forensische zorg nodig is. Het onderzoek beperkt zich tot het perspectief en de ervaringen van de professionals van het PMO en de casemanagers in de onderzochte PI's, en tot het zorgtraject

Noot 1 Linckens, P., Loof, J. de, Gevangeniswezen in getal 2010-2014, (2015). Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie Dienst Justitiële inrichtingen.

Gemert, N. van, Schijndel, C. van i.s.m. Gordeau, W. en Casanova, L. Forensische zorg in getal 2010-2014, (2015). Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie Dienst Justitiële inrichtingen.

Noot 2 Inrichting Stelselmatige Dader

vanaf het moment dat de gedetineerden binnenkomen in de PI tot het moment dat zij de PI weer verlaten.

Onderzoeksvragen en aanpak

Het onderzoek geeft antwoord op vier centrale onderzoeksvragen:

- 1 Hoe verloopt de besluitvorming in het PMO?
- 2 Is de plaatsing verlopen volgens de daarvoor opgestelde procedures?
- 3 Wat gebeurt er met gedetineerden die niet instromen in een zorgtraject en bij wie dat wel wenselijk is?
- 4 Hoe verloopt het zorgtraject van gedetineerden?

Het onderzoek vond plaats in zes PI's. In het onderzoek zijn in deze zes PI's vier afdelingen Huis van Bewaring (HvB), vijf Gevangenissen (GV), een PPC en drie ISD-afdelingen betrokken. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn de volgende kwalitatieve onderzoeksmethoden uitgevoerd:

- Desk research
- Groepsinterviews met vertegenwoordigers van de PMO's in de zes PI's (22 respondenten)
- Casusonderzoek van 79 geanonimiseerde casussen (27 preventief gehechten, 23 afgestraften, 26 ISD'ers en 3 arrestanten) bestaande uit een digitale vragenlijst onder psychologen en een telefonisch interview met casemanagers of psychologen. Bij de selectie van de casussen is gezocht naar diversiteit in type trajecten
- Terugkoppelinterviews met vertegenwoordiging van de PMO's in de zes PI's
- Groepsinterview met de regiopsychologen met als doel te peilen of de bevindingen in de zes PI's herkenbaar zijn voor andere PI's

Reikwijdte en beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek is kwalitatief van aard en geeft inzicht in patronen, factoren en knelpunten die een rol spelen bij het verwijzen, indiceren en plaatsen van gedetineerden in forensische zorg. Het onderzoek geeft géén kwantitatief representatief beeld van de mate waarin het lukt om tijdig passende zorg voor gedetineerden met psychische problematiek te realiseren. Ook geeft het géén kwantitatief beeld van de mate waarin de knelpunten spelen. Hiervoor is een kwantitatief onderzoek nodig in een representatieve steekproef onder alle PI's.

De in dit rapport gepresenteerde bevindingen zijn gebaseerd op interviews met professionals uit het gevangeniswezen die binnen het forensisch stelsel uitvoering geven aan de zorgtrajecten. De bevindingen geven primair de ervaringen en meningen van deze professionals weer in algemene zin en meer specifiek met betrekking tot de onderzochte casussen. Het perspectief van de GGZ en andere ketenpartners, zoals de reclassering, is in dit onderzoek niet onderzocht. Omdat sommige knel- en verbeterpunten betrekking hebben op (de samenwerking met) deze ketenpartners, is het aan te bevelen hun perspectief nader te onderzoeken.

Door alleen knel- en verbeterpunten te noemen die door meerdere PMO's zijn genoemd en die ook door alle regiopsychologen worden herkend, bieden we aanknopingspunten voor het beleid en verder kwantitatief onderzoek. De knel- en verbeterpunten worden in dit onderzoek vooral belicht vanuit het perspectief van de PI's, en meer specifiek van de psychologen en - in mindere mate - van de andere leden van het PMO en de casemanagers.

Het onderzoek is uitgevoerd in zes PI's met diverse bestemmingen. Hiervoor is bewust gekozen om zoveel mogelijk diversiteit in de casuïstiek te krijgen. De diversiteit in de casuïstiek is gelukt, met uitzondering van de kortgestraften. Deze casussen zijn onderbelicht in het onderzoek. De resultaten over afgestraften gaan dus vooral over langgestraften. We merken op dat het aantal onderzochte casussen in het onderhavige onderzoek niet representatief is voor de totale populatie gedetineerden. De resultaten dienen dan ook slechts als illustratie van hoe forensische zorgtrajecten vormgegeven worden en de eventuele knelpunten hierbij.

Dit onderzoek is uitgevoerd in een periode waarin veel nieuwe ontwikkelingen gaande zijn in de forensische zorg. Omdat het veldwerk in de verschillende PI's niet gelijktijdig kon plaatsvinden, betekent dit dat in de ene PI de implementatie van de nieuwe ontwikkelingen al verder gevorderd was dan in een andere PI. Daarnaast zijn enkele bevindingen momenteel al weer achterhaald omdat er inmiddels een oplossing voor is. Hiermee is bij de interpretatie van de bevindingen zoveel mogelijk rekening gehouden.

Doorverwijzing naar en besluitvorming in het PMO

Taken en verantwoordelijkheden PMO

Conform de werkwijze voor Psychomedische zorg in het gevangeniswezen zijn in alle onderzochte PI's één of meerdere PMO's ingericht die wekelijks gedetineerden bespreken die bij het PMO aangemeld zijn. Per PMO worden - afhankelijk van de bezetting van de PI - wekelijks 15 tot 40 gedetineerden besproken. Uit het onderzoek komt naar voren dat de nadruk volgens de respondenten in het PMO sterk is komen te liggen op het stellen van indicaties en er onvoldoende ruimte is voor het multidisciplinair bespreken van complexe casussen. De lastendruk wordt als groot ervaren. Door administratieve ontlasting van de psychologen kan meer tijd voor de basiszorg worden vrijgemaakt. Daarnaast is er met betrekking tot de indicaties voor zorg in de laatste fase van detentie bij de respondenten onduidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van het PMO.

ISD'ers worden in twee van de drie onderzochte ISD-afdelingen in een apart ISD-PMO besproken, op de derde worden ISD'ers in het reguliere PMO besproken. Per PMO worden 10 tot 20 ISD'ers besproken. De caseload van de psychologen op de onderzochte ISD-afdelingen is groot omdat het regelmatig voorkomt dat ISD'ers definitief of voor een time-out terug worden geplaatst in de PI. Hierdoor kan op sommige ISD-afdelingen niet altijd aanvullende diagnostiek in de eerste fase worden uitgevoerd, wat wel de bedoeling is, en is er soms te weinig tijd voor psychische basiszorg in de vorm van motiverende en ondersteunende gesprekken. Dit laatste kan volgens ons gevolgen hebben voor het verdere verloop van een zorgtraject.

Doorverwijzing naar het PMO

Gedetineerden worden in alle fasen van detentie doorverwezen naar het PMO. Vaak gebeurt dit in de eerste tien dagen van de Inkomsten Screening en Selectie fase (ISS-fase). Dit is echter niet altijd mogelijk en noodzakelijk volgens de respondenten. Niet alle problematiek is meteen zichtbaar of manifesteert zich dusdanig dat er aanleiding is om acties in te zetten. Tevens komt het voor dat de (dominante) zorgvraag van een gedetineerde - omdat er vaak sprake is van comorbiditeit - verandert gedurende de detentieperiode of dat destabilisatie optreedt. Uit het onderzoek blijkt dat als er problematiek gemist wordt in de ISS-fase, dit vaak depressie of LVB- problematiek betreft. Alle ISD'ers worden meerdere keren besproken in het PMO. Er is bij deze doelgroep dus geen sprake van doorverwijzing naar het PMO. Problemen of signalen gedurende de intramurale fase van de ISD-maatregel worden rechtstreeks aan het PMO gemeld volgens de respondenten.

Besluitvorming in het PMO

De besluitvorming in de onderzochte PMO over gedetineerden gebeurt op basis van de informatie die de medische dienst heeft verzameld over medische gegevens van buiten detentie, juridische gegevens uit JD-online, gegevens uit de interne systemen van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (MicroHis, ISP, DUWAR), observaties van de afdeling en gesprekken van de psycholoog en/of psychiater met de gedetineerden. Het opvragen van medische informatie van buiten detentie door de medische dienst verloopt soms moeizaam volgens de respondenten. De interne systemen zijn wisselend gevuld. Bij acute problematiek voor preventief gehechten die kort voor het weekend worden opgenomen mist de informatie, omdat de systemen pas toegankelijk zijn nadat een gedetineerde is ingeschreven in de gevangenis (na het weekend). De medische dienst is dan afhankelijk van wat gedetineerden zelf aangeven. Bij arrestanten wordt het ontbreken van medische informatie van buiten het gevangeniswezen als een knelpunt ervaren. Zij verblijven zo kort in de PI dat het van belang is om de informatie snel te ontvangen. Dit lukt vaak niet. Het ontbreken van medische informatie bij binnenkomst kan gevolgen hebben voor de snelheid waarmee een gedetineerde wordt doorverwezen naar het PMO en de best passende zorg die kan worden ingezet.

Alle ISD'ers komen binnen met een reclasseringsrapport. De mate waarin de informatie uit het reclasseringsrapport voldoende is om te bepalen welke zorg nodig is, is volgens de respondenten afhankelijk van de omvang, de kwaliteit en de datering van de rapportage. In de eerste fase van de ISD-maatregel is het de bedoeling dat de psychologen aanvullend diagnostisch onderzoek uitvoeren. De mate waarin dit mogelijk is, is op de onderzochte ISD-afdelingen verschillend en afhankelijk van de caseload van de psychologen. Volgens de psychologen is tijdgebrek de belangrijkste reden om zelf geen aanvullend diagnostisch onderzoek uit te voeren. De vraag voor aanvullend onderzoek wordt dan bij de kliniek gelegd waar de ISD'er wordt geplaatst. Het gevolg is dat het bij verwijzing naar een kliniek voor diagnostiek niet altijd duidelijk is of deze kliniek ook de juiste plek is voor de behandeling en er derhalve minder tijd overblijft voor de behandeling in de kliniek. Dit kan gezien de wachttijden van sommige kliniek gevolgen hebben voor het afronden van de behandeling.

Uit het onderzoek blijkt dat het uitgangspunt GGZ-tenzij – dat wil zeggen dat gedetineerde met psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek of LVB in de GGZ worden geplaatst, tenzij er sprake is van contra-indicaties – volgens de respondenten niet voor alle gedetineerden haalbaar is. Bij preventief gehechten is er onduidelijkheid of plaatsing in de klinische zorg juridisch is

toegestaan. De afspraken en richtlijnen hieromtrent zijn (nog) niet goed geïmplementeerd, waardoor dit principe in de onderzochte PI's bij preventief gehechten niet wordt toegepast. Daarnaast speelt bij preventief gehechten ook een rol dat het nog niet duidelijk is of en hoe lang zij binnen detentie gaan verblijven (straf is nog niet bekend). De wachtlijsten voor klinische zorg zijn veelal te lang om de gedetineerde binnen de termijn van de preventieve hechtenis te kunnen plaatsen en behandeling op te starten. Hierbij speelt ook de overweging mee dat een PPC voor een patiënt een beter kader is voor het beoordelen van de motivatie en vrijwilligheid, inzicht in de exacte problematiek en de gewenste duidelijkheid voor de patiënt.

Ook bij afgestraften wordt het principe GGZ-tenzij niet standaard toegepast. Ook hier speelt het strafresistant een rol. Bij een te kort strafresistant is er onvoldoende tijd om de behandeling uit te voeren, zeker in relatie tot de wachttijden bij de GGZ. Bij zowel preventief gehechten als kortgestraften kan doorzorg in de vorm van basiszorg een oplossing bieden volgens de psychologen. Via ondersteunende en stabiliserende gesprekken kan aan de motivatie voor zorg worden gewerkt met als doel de aansluiting tussen de zorg voor en na detentie te verbeteren. Bij een lang strafresistant kan vaak niet worden uitgeplaatst als er nog geen zicht is op wanneer de gedetineerde in aanmerking komt voor verlofmogelijkheden volgens de respondenten. Klinieken werken toe naar meer vrijheden en willen graag inzicht in de termijnen waarop dit mogelijk is bij de cliënten. Daarnaast stellen we vast dat de indruk bestaat dat klinieken gedetineerden regelmatig weigeren na aanmelding door NIFP/IFZ, bijvoorbeeld uit angst dat ze de problematiek van de gedetineerden niet aankunnen. Het is niet duidelijk hoe vaak dit gebeurt en in welke mate dit wordt gemeld bij het plaatsingsloket.

Indicatiestelling niet volledig zorgvraaggericht

Het blijkt dat - zowel bij gedetineerden als ISD'ers - bij de indicatiestelling en verwijzing naar zorg in de onderzochte PI's ook rekening wordt gehouden met het beschikbare aanbod en de wachttijden. De indicatiestelling is dus niet volledig zorgvraaggericht zoals bedoeld. Omdat er dan geen indicatie wordt aangevraagd door het PMO voor de best passende zorg worden deze zorgvragen nergens geregistreerd. Er is daarom geen goed (kwantitatief zicht) op de zorgvraag van gedetineerden bij Divisie Forensische Zorg (DforZo) (en PI's).

Momenteel wordt in de PI's het Stepped Care idee geïmplementeerd. Het idee achter Stepped Care is dat de zorg die wordt ingezet zo licht als mogelijk is en zo zwaar als nodig moet zijn. We stellen echter vast dat in de onderzochte PI's niet altijd wordt gekozen voor basiszorg als dit voldoende is. Als er bij de psychologen onvoldoende capaciteit is voor basiszorg wordt namelijk opgeschaald naar ambulante zorg door externe aanbieders.

Plaatsing volgens procedures

De plaatsing van de gedetineerden en de ISD'ers verloopt in de onderzochte PI's volgens de procedures. Deze moeten worden gevolgd om de financiering van de forensische zorg mogelijk te maken. De procedures worden als complex ervaren door de psychologen. Het digitale systeem IFZO wordt als gebruiksonvriendelijk en tijdrovend ervaren. Er moet veel informatie worden ingevuld. De administratieve last wordt als te groot ervaren. Gedurende de looptijd van het onderzoek is het knelpunt dat bij herindicatie alle gegevens opnieuw moeten worden ingevoerd,

opgelost. In de nieuwe versie van IFZO kunnen velden uit een eerdere indicatie worden gekopieerd. Dit zal een deel van de administratieve druk wegnemen.

Daarnaast concluderen we dat volgens de psychologen de partners zich in sommige regio's niet houden aan de rollen binnen de procedures en/of dat er onduidelijkheid is over de rollen en procedures. De afspraken op landelijk niveau zijn nog onvoldoende geïmplementeerd in de PI en de regionale samenwerking.

Op basis van de bevindingen in het onderzoek kan de vraag worden gesteld of de complexiteit van de procedures en het digitale systeem ondersteunend zijn voor het indicatie- en plaatsingsproces.

Het idee dat er onafhankelijk geïndiceerd en geplaatst moet worden, wordt door de meeste geïnterviewde psychologen onderschreven. Dit werkt echter alleen goed als het aanbod van de zorgaanbieders in IFZO overeenkomt met het aanbod dat ze werkelijk kunnen bieden. De ervaring van de psychologen is dat dit niet het geval is: aanbod is niet beschikbaar, niet up-to-date, aanmeldingen worden geweigerd. Er is geen goede registratie van het aantal weigeringen, de terugplaatsingen en de mate waarin second best zorg wordt ingezet waardoor deze ervaringen niet kwantitatief kunnen worden onderbouwd. Uit het onderzoek blijkt dat er bij de professionals van het PMO een behoefte is aan een toets op de mate waarin de zorgaanbieders de gecontracteerde zorg leveren en de kwaliteit van de geleverde zorg. Doordat die er niet is, worden indicaties niet gesteld of aangevraagd en worden indicaties toegeschreven naar het aanbod van aanbieders. Hiermee wordt getornd aan het principe van onafhankelijke indicatie en plaatsing.

Zorg wenselijk, maar niet gerealiseerd

Alle gedetineerden waarbij sprake is van een zorgvraag krijgen meestal wel enige vorm van zorg, maar dit is niet altijd de best passende zorg en deze zorg wordt niet altijd tijdig geleverd. Basiszorg, plaatsing op de Extra Zorgvoorziening (EZV), plaatsing in een PPC en aanvullende ambulante zorg lukken in de meeste gevallen. Dit gaat in alle gevallen om zorg die door het PMO zelf kan worden geïndiceerd. Wel zitten de EZV's in sommige PI's soms erg vol en worden gedetineerden op een wachtlijst geplaatst. Er wordt dan gekeken welke gedetineerde de grootste behoefte heeft aan plaatsing op de EZV.

Als plaatsing op de EZV in het PPC of bij ambulante zorg niet meteen mogelijk is, geven de leden van het PMO zoveel mogelijk overbruggingszorg. Niet in alle PI's laat de capaciteit dit toe. Als het niet lukt om klinische zorg in te zetten dan wordt bij acute en ernstige problematiek gekozen voor plaatsing in de PPC of wordt gekeken of aanvullende ambulante zorg of basiszorg als second best zorg voldoende is.

Bij de onderzochte ISD'ers komt het regelmatig voor dat trajecten worden afgebroken. Bij een aantal onderzochte casussen van ISD'ers lukt het in zijn geheel niet om de extramurale fase te realiseren. Bij het einde van de ISD-maatregel wachten zij nog steeds op de geïndiceerde zorg. Bij die groep wordt dan in de laatste fase vooral ingezet op het regelen van een dagbesteding, woning, etc. Ook bij deze groep heeft de wachttijd een negatief effect op de motivatie.

Instream en vormgeving van de zorgtrajecten

Uit het onderzoek blijkt dat er veel diversiteit is in de forensische zorgtrajecten van gedetineerden. Dit is in lijn met de persoonsgerichte aanpak die DJI voorstaat. Het gaat om maatwerk. Een geslaagde plaatsing wil zeggen dat de gedetineerde tijdig in passende zorg wordt geplaatst, en dat lijkt af te hangen van de motivatie van de gedetineerde, het beschikbare aanbod en de wachtlijsten, het netwerk van de psycholoog (in welke mate zijn er korte informele lijnen tussen de psycholoog en de externe aanbieders) en de communicatie en terugkoppeling tussen zorgaanbieders en PI. Investeren op het stimuleren en faciliteren van samenwerking tussen PI en GGZ en het implementeren van gemaakte samenwerkingsafspraken tussen GV, DforZo en GGZ kan geslaagde plaatsingen bevorderen.

Alhoewel bij alle ISD'ers in de onderzocht PI's in de extramurale fase wordt ingezet op een plaatsing in klinische zorg of beschermd wonen, lukt dit niet bij alle ISD'ers. De weg naar de plaatsing die gerealiseerd wordt, is erg divers. De wachttijden voor klinische zorg en vooral voor beschermd wonen zijn voor ISD'ers soms lang. Dit verschilt echter sterk per regio en, binnen regio's en ook per instelling. De lange wachttijden kunnen gevolgen hebben voor de ISD-trajecten en de mate waarin het lukt om de extramurale fase te benutten conform de werkwijze van ISD. Ook bij ISD'ers lijken de terugkoppeling en communicatie met de externe zorgaanbieders belangrijke factoren in het al dan niet slagen van de plaatsing.

De psychologen geven aan dat er een tekort is aan geoormerkte en geschikte plaatsen voor forensische zorgpatiënten in begeleid en beschermd wonen en in sommige gemeenten voor klinische zorg. Landelijk gezien zijn er ook onvoldoende geschikte plekken voor vrouwelijke gedetineerden en ISD'ers.

Type zorg dat wordt ingezet

Er is vaak sprake van comorbiditeit bij de gedetineerden en ISD'ers bij wie forensische zorg wordt geïndiceerd. Het type zorg waarvoor in eerste instantie geïndiceerd wordt, is afhankelijk van de problematiek die op dat moment het meest op de voorgrond staat en het eerst moet worden aangepakt, aldus de psychologen. De motivatie van de gedetineerde – en dit is meer nadrukkelijk aan de orde bij ISD'ers – speelt een rol bij het bepalen waarop eerst wordt ingezet. Hierdoor wordt niet altijd aan het uitgangspunt om passende zorg te indiceren voldaan.

Time-outs en definitieve terugplaatsingen bij forensische zorgtrajecten

Bij klinische plaatsingen vinden veel time-outs plaats volgens de psychologen. Dit is vooral het geval bij ISD'ers. Ook definitieve terugplaatsingen in de PI komen regelmatig voor. Vooral bij gedetineerden met verslavingsproblematiek worden trajecten vaak afgebroken. Uit het onderzoek blijkt dat ervaringen met afgebroken plaatsingen ook een rol spelen in het niet (meer) doorverwijzen naar klinische zorg door de geïnterviewde psychologen. Dit kan niet worden onderbouwd met cijfers. Er is geen zicht op het aantal plaatsingen in de GGZ dat wordt afgebroken. Ook is er geen zicht op hoeveel gedetineerden de klinische behandeling in de GGZ uiteindelijk succesvol afronden. Door kwantitatief onderzoek te laten uitvoeren kan hier inzicht in worden gekregen en kunnen indrukken worden onderbouwd of weerlegd.

Aansluiting op zorg na detentie

Voor aansluitende zorg na de detentieperiode werken de verschillende financieringsstromen en onduidelijkheden over de verantwoordelijkheden van de verschillende indicerende partners belemmerend. De bevindingen in het onderzoek pleiten voor eerder en tijdig overleg tussen PMO, casemanagers en reclassering over de benodigde zorg. Dit is volgens ons ook nodig voor goede aansluiting tussen de tijdens detentie geconstateerde zorg, de zorgbehoefte na detentie en de opgelegde zorg in het vonnis.

De aansluiting op nazorg voor gedetineerden die na afloop van de detentie geen voorwaardelijk kader hebben, wordt als aandachtspunt benoemd. De gedetineerde of een begeleidende organisatie moet dan zelf een indicatie aanvragen voor vrijwillige zorg. Het is volgens de respondenten van belang dat tijdens detentie wordt gewerkt aan de motivatie van de gedetineerden hiervoor. Op dit moment is er geen standaard aandacht en capaciteit in de onderzochte PI's om deze doorzorg in de vorm van motiverende en ondersteunende gesprekken te bieden. Een knelpunt bij arrestanten is het feit dat veel arrestanten niet verzekerd zijn.

Dit onderzoek heeft zich, voor wat betreft de ISD, vooral geconcentreerd op het indiceren voor en plaatsen van ISD'ers in forensische zorg tijdens de extramurale fase. Uit het onderzoek blijkt dat in meerdere casussen van ISD'ers zij de kliniek of afdeling moeten verlaten als de maatregel en dus de forensische zorgtitel ophoudt. Of de ISD'er ook na de maatregel in de kliniek of in beschermd wonen mag blijven, is afhankelijk van de afspraken die de zorgaanbieders hebben met de gemeente en de regio.

Samenwerking PI en GGZ, verslavingszorg en gehandicaptenzorg

Volgens de geïnterviewde psychologen verloopt de samenwerking tussen de PI en externe aanbieders van de ambulante zorg met de partners waar al (geruime tijd) mee wordt samengewerkt goed. Met deze aanbieders zijn duidelijke afspraken gemaakt over overdracht van informatie conform de beroepsregels, de psychologen worden goed op de hoogte gehouden, er zijn korte lijnen, zij hebben ervaring in het geven van begeleiding en behandeling binnen het detentiekader en er is duidelijk zicht op hoeveel cliënten zij kunnen begeleiden of behandelen. Afspraken maken met externe nieuwe partners verloopt vaak moeizaam en het kost tijd om tot goede afspraken te komen. Externe aanbieders die nieuw zijn realiseren zich onvoldoende wat het geven van behandeling en begeleiding binnen de muren van de gevangenis betekent. Het is niet haalbaar om voor een gedetineerde een specifieke behandeling bij een externe aanbieder in huis te halen. Dit is wel het uitgangspunt bij de inkoop van ambulante zorg door DforZo. Dit blijkt in de praktijk echter lastig te realiseren.

Uit het onderzoek blijkt dat de samenwerking tussen PI en klinische zorg nu erg persoonsafhankelijk is. De mate waarin er sprake is van warme overdracht en regelmatige terugkoppeling lijkt nu vooral af te hangen van of psychologen en behandelaars elkaar kennen. Er zijn afspraken en kaders voor samenwerking en terugkoppeling vastgesteld op beleidsniveau maar die lijken nog niet overal even goed geïmplementeerd op de werkvloer. Daarnaast kwam uit het onderzoek een behoefte aan meer controle en sturing op de afspraken naar voren.

Overall conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in hoe de besluitvorming over gedetineerden met psychische problemen plaatsvindt en hoe vervolgens het forensische zorgtraject binnen detentie wordt vormgegeven. We concluderen dat de psychologen en het PMO in de PI veel moeite doen om zorg voor de gedetineerden met psychische problemen te indiceren en realiseren. In de meeste gevallen lukt het ook om (enige vorm van) zorg in te zetten – ook al is dat niet altijd de meest passende zorg. Welke zorg op welk moment in detentie het best past, verschilt per persoon en sluit aan bij de persoonsgerichte aanpak die DJI voorstaat. Best passende zorg hoeft niet te betekenen dat de gedetineerde meteen naar de GGZ wordt doorgeplaatst. In dit onderzoek blijkt dat de PI's aansluiten bij de principes van Stepped Care die in de looptijd van het onderzoek werden geïmplementeerd: zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig. Goede basiszorg is niet alleen van belang voor het toeleiden naar forensische zorg, maar speelt ook een belangrijke rol bij doorzorg en overbruggingszorg. De genoemde knel- en verbeterpunten in dit onderzoek bieden aanknopingspunten om nog meer gedetineerden de best passende zorg te bieden.

Summary

Reason for and aim of the study

There are many prisoners in custody who have mental problems: psychiatric symptoms, addiction, a (mild) intellectual disability ((M)ID) or a combination of these problems. In 2014 over 1,600 prisoners, out of an intake of 41,400 prisoners, were referred for clinical care; over 1,000 of these were placed in a Penitentiary Psychiatric Centre (PPC) and 500 in a general mental health institution (GGZ) (www.dji.nl). It is believed that the provision of timely, suitable, high-quality forensic care contributes to a reduction in recidivism, so care programmes have been developed in an attempt to provide care and continuity of care for these prisoners during and after custody. If the Ministry of Security and Justice (VenJ) is to be able to provide better forensic care within the prison system and optimise the placement process, it needs to know how decisions are made about prisoners with psychological en psychiatric (mental health) problems. DSP-groep was commissioned by the Scientific Research and Documentation Centre (WODC) of the Ministry of Security and Justice (VenJ) to carry out a qualitative study into how decisions are made about the (forensic) care programmes of prisoners in six penal institutions and the progress of these programmes.

Scope of the study

The study focuses on the forensic care and the basic mental health care provided for prisoners (pre-trial detainees, convicted persons and repeat offenders (ISD)) from the time that they arrive at the penal institution (PI) until the time that they leave the PI. Forensic care is defined as mental health care, care for drug addicts or care for individuals with a mental disability that is part of a (conditional) punishment or measure or the implementation thereof, or another criminal punishment. There is also basic mental care provided in every PI. This care is provided by a multidisciplinary team – the Psycho-Medical Team (PMO) – consisting of a prison psychologist, the psychiatrist from the Dutch Institution for Psychiatry and Psychology (NIFP) and the medical service. Prisoners with psychological problems, psychiatric symptoms, addiction and/or a mild intellectual disability are discussed in the PMO. The PMO then decides whether there is a need for a referral to basic mental care or forensic care. The study is restricted to the perspective and the experiences of the PMO professionals and the case managers in the PIs studied and to the care programme from the time that the prisoners arrive at the PI to the time that they leave the PI.

Research questions and approach

The study provides answers to four central research questions:

- 1 What form does the decision-making take in the PMO?
- 2 Are placements carried out in accordance with the procedures set up concerning this?
- 3 What happens to prisoners who do not join a care programme but for whom this is desirable?
- 4 What form does the care programme for prisoners take?

The study was carried out in six PIs. The study, carried out at these six PIs, involved four remand centre departments, five prisons, a PPC and three repeat offenders units. The following qualitative research methods were used for answering the research questions:

- Desk research.
- Group interviews with representatives of the PMOs in the six PIs (22 respondents).
- Case study of 79 anonymised cases (27 prisoners in preventive detention (pre-trial detainees), 23 convicted persons, 26 repeat offenders and 3 detainees) consisting of a digital questionnaire carried out among psychologists and a telephone interview with case managers or psychologists. The cases were selected with a view to obtaining a diversity of types of care programs and referrals.
- Feedback interviews with representatives of the PMOs in the six PIs.
- Group interview with the regional psychologists with the aim of assessing whether the findings in the six PIs were recognisable for other PIs.

Scope and limitations of the study

The study is a qualitative study and provides insight into patterns, factors and bottlenecks that play a role in the referral, care assessment and placement of prisoners in forensic care. The study does not provide a quantitative representative picture of the degree of success achieved in providing timely, suitable care for prisoners with mental problems. Nor does the study provide a quantitative picture of the effect of the bottlenecks. A quantitative study needs to be carried out for this that involves a representative sample of all PIs.

The findings presented in this report are based on interviews with the professionals from the prison system who implement the care programmes within the forensic system. The findings primarily reflect the experiences and opinions of these professionals in a general sense and more specifically with regard to the cases studied. This study did not look at the perspective of the mental health care institutions (GGZ) and other chain partners, such as probation officers. As some bottlenecks and improvement points relate to (collaboration with) these chain partners, it is recommended that their perspective be studied in further detail.

Simply by listing the bottlenecks and improvement points that were mentioned by several PMOs and that were also recognised by all the regional psychologists we are providing a basis for the policy and for a further quantitative study. The study was carried out in six PIs with various purposes. This was a conscious choice aimed at including as much diversity as possible in the case studies. We succeeded in including diversity in the case studies, with the exception of the short-sentenced prisoners. These cases were not adequately covered in the study. The results relating to prisoners are therefore mainly about long-sentenced prisoners. We note that the number of cases looked at in this study is not representative of the total population of prisoners. The results should therefore be used only as an illustration of how forensic care programmes are designed and the possible bottlenecks therein.

This study was carried out during a period in which a lot of new developments were taking place in forensic care. As it was not possible to carry out the field work in the various PIs simultaneously, implementation of the new developments had progressed further in some PIs than in other PIs. Moreover, some findings are currently no longer relevant as there is now a solution to these. This was taken into account as much as possible in the interpretation of the findings.

Referral to and decision-making in the PMO

Tasks and responsibilities of the PMO

In accordance with the procedure for psychomedical care in the prison system, in all the PIs one or more PMOs were set up that hold weekly meetings about the *prisoners* who have been referred to the PMO. Each PMO discusses 15 - 40 prisoners each week depending on the capacity of the PI. The study revealed that the emphasis in the PMO, according to the respondents, is strongly on drawing up indications and there is insufficient time for multidisciplinary discussions of complex cases. The (administrative) workload is regarded as being great. If the psychologists were relieved of some of their administrative tasks, more time could be freed up for basic mental care. Moreover, there is uncertainty among the respondents about the tasks and responsibilities of the PMO with regard to the indication and referral to mental health care in the last phase of custody.

Repeat offenders are discussed in two of the three repeat offender units studied in a separate PMO specifically for repeat offenders; in the third repeat offender unit repeat offenders are discussed in the general PMO (for all detainees in the PI). In each PMO 10 - 20 repeat offenders are discussed. The case load of the psychologists in the repeat offender units studied is great as repeat offenders are regularly returned to the PI after out-placement in mental health care either definitively or for a time-out. As a result of this it is not always possible to carry out additional diagnostic research in some of the repeat offender units in the first phase, which is what should happen. Sometimes there is too little time for basic mental care in the form of motivational and supportive interviews with the psychologist. We believe that this latter can have consequences for the further progress of a care programme.

Referral to the PMO

Prisoners are referred to the PMO in all the custody phases. This often happens in the first ten days of the Intake Screening and Selection phase (ISS phase). However, this is not always possible and necessary according to the respondents. Not all problems are immediately obvious or they do not manifest themselves in such a way that there is a reason to take action. Also, the (main) care requirements of a prisoner can change – because of comorbidity – during the custody period or there could be some destabilisation. The study shows that problems that are missed in the ISS phase are often depression or a mild intellectual disability problem.

All the repeat offenders are discussed several times in the PMO. So in the case of this target group there is no referral to the PMO. Problems or signals during the intramural phase of the repeat offender measure are reported immediately to the PMO according to the respondents.

Decision-making in the PMO

Decisions about prisoners in the PMO studied are made on the basis of the information collected by the medical service about medical details from outside custody, legal details from JD online, details from the DJI (Custodial Institutions Agency) internal systems (MicroHis, ISP, DUWAR), observations from the department and meetings with the psychologist and/or psychiatrist with the prisoners. It is sometimes difficult for the medical service to request medical information from outside custody according to the respondents. The internal systems are unevenly filled in. In the case of acute problems with prisoners in preventive detention who are admitted shortly before the weekend the information is missing, because the systems cannot be accessed until after a prisoner has been enrolled in the prison (after the weekend). The medical service is then dependent on the information that prisoners themselves provide. In the case of arrested detainees the lack of medical information from outside the prison system is regarded as a bottleneck. They stay for such a short time in the PI that it is important that the information is received quickly. This often does not happen. The lack of medical information on arrival can have consequences for the speed with which a prisoner is referred to the PMO and the most suitable care that can be provided.

All repeat offenders arrive with a probation report. The extent to which the information in the probation report is sufficient to determine what care is needed depends, according to respondents, on the scope, the quality and the date of the report. In the first phase of the repeat offender measure the idea is that the psychologists carry out an additional diagnostic examination. The extent to which this is possible varies in the repeat offender units studied and depends on the case load of the psychologists. According to psychologists a lack of time is the main reason that they do not carry out an additional diagnostic research themselves. The requirement for additional research then lies with the mental health clinic where the repeat offender is placed. The outcome of this is that in the case of a referral to a clinic for diagnosis it is not always clear whether this clinic is also the right place for the treatment and there is therefore less time left during the repeat offender measure for the treatment in the clinic. In view of the waiting times at some clinics this can have consequences for the completion of the treatment during the period of the measure.

The study shows that the principle *mental health care unless* – i.e. that prisoners with psychiatric problems, addiction problems or a mild intellectual disability are placed in a mental health institution unless there are contraindications – is not feasible for all prisoners according to respondents. In the case of pre-trial detainees there is a lack of clarity as to whether placement in general clinical care is legally permitted. The agreements and guidelines relating to this have not (yet) been well implemented, as a result of which this principle is not applied in the PIs studied in the case of pre-trial detainees. In addition, in the case of pre-trial detainees it is also relevant that it is not yet clear whether and for how long they will stay in custody (punishment not yet known). The waiting lists for clinical care are often too long to be able to place the prisoner for treatment within the duration of the pre-trial detention. Here it should also be taken into account that a PPC is a better framework for a patient for the assessment of their motivation and willingness, for diagnosis of the psychological en psychiatric problems and for providing the desired clarity for the patient.

Nor is the *mental health care unless* principle applied as standard in the case of convicted persons. Here too the remainder of the sentence plays a role. If there is too little time left of the sentence,

there is insufficient time to carry out the treatment, especially in view of the waiting times in the mental health institution (GGZ). In the case of both pre-trial detainees and short-sentenced prisoners ongoing care in the form of basic mental care can provide a solution according to psychologists.

Supportive, stabilising meetings can work on the motivation for care, the aim being to improve the connection between the care before custody and that after custody.

Long-sentenced prisoners can often not be transferred if there is no clear idea of when the prisoner will be eligible for possible leave, according to respondents. Clinics work towards greater freedom and want to have an idea of the timescales in which this is possible with the clients. Moreover, we note that there is an impression that clinics regularly refuse prisoners after indication and refer to NIFP/IFZ, for example because they are afraid that they cannot handle the prisoners' problems. It is not clear how often this happens and to what extent this is reported to the placement desk of the Forensic Care Department (DforZo).

Indications not totally in accordance with care needs

It appears that – in the case of both prisoners and repeat offenders – the indication and referral to care in the PIs studied also take into account the care available and the waiting times. So the indication report is not fully focused on the need for care, as it is intended to be. As, in those cases, no indication report is requested by the PMO for the most suitable care, these needs for care are not recorded anywhere. So there is not a representative (quantitative) picture of the need for care of prisoners at DforZo (and PIs).

At the moment the Stepped Care model is being implemented in the PIs. The idea behind Stepped Care is that there is as little treatment or care as possible but as much as is necessary. However, we note that in the PIs studied a choice is not always made for basic mental care if this is sufficient. If there is insufficient capacity among the psychologists to provide basic mental care, the care is scaled up to ambulatory care provided by external mental health care providers.

Placement in accordance with procedures

In the PIs studied the placement of the prisoners and the repeat offenders takes place according to the procedures. These have to be followed to make the financing of the forensic care possible. The procedures are regarded as complex by the psychologists. The IFZO digital system is regarded as being user-unfriendly and time-consuming. A lot of information has to be entered. The administrative burden is regarded as being too great. During the time that the study was being carried out a solution was found to the bottleneck that consisted of all the details having to be re-entered on reassessment. In the new version of IFZO fields can be copied from an earlier assessment. This will remove part of the administrative burden.

We also conclude that, according to psychologists, the partners in some regions do not comply with the roles within the procedures and/or there is a lack of clarity about the roles and procedures. The agreements at national level are still insufficiently implemented in the PI and the regional collaboration.

On the basis of the findings of the study the question can be asked as to whether the complexity of the procedures and the digital system support the care indication and placement process.

The idea that there should be independent care indication and placement is endorsed by most of the psychologists interviewed. However, this works well only if the type of care offered by the care providers in IFZO corresponds to the type of care that they can actually provide. The experience of the psychologists is that this is not always the case: the listed or registered care is not available and is not up to date and referrals are refused. There is no good record of the number of refusals or of the returns or of the extent to which second-best care is provided, as a result of which these experiences cannot be quantitatively supported. The study shows that there is a need among the PMO professionals for research into the extent to which the care providers provide the contracted care and the quality of the care provided. As this does not exist, proper indications are not stipulated or requested, and care indication reports are focused on the care that is offered by providers. This means that the principle of independent care indication and placement is breached.

Care advisable but not provided

All prisoners who need care usually receive some form of care, but this is not always the most suitable care and this care is not always provided on time. Basic mental care, placement in an Extended Care Facility (EZV), placement in a PPC and additional ambulatory care are possible in most cases. In all cases this is care that can be prescribed by the PMO itself. However in some PIs the EZVs are very full and prisoners are put on a waiting list. A decision is then taken as to which prisoner needs a placement in the EZV the most.

If a placement in the EZV, in the PPC or in ambulatory care is not immediately possible, the PMO members provide interim care (to bridge the period until placement in the indicated care) as much as possible. Lack of capacity does not allow this in some PIs. If it is not possible to place a prisoner in clinical care, in the case of acute and serious problems a choice is made for placement in the PPC or a decision is taken as to whether additional ambulatory care or basic mental care will suffice as second-best care.

Care programs are regularly interrupted in the case of the repeat offenders studied. In several of these cases it is, on the whole, not possible to achieve the extramural phase. i.e. realizing placement in a mental health clinic. At the end of the repeat offender measure these offenders are still waiting for the indicated care. In the case of this group the last phase is then mainly used to organise a daytime activity, accommodation, etc. In the case of this group too the waiting time has a negative effect on the treatment motivation of the prisoner.

Placement and outline of the care programmes

The study shows that there is a lot of diversity in the forensic prisoners' care programmes. This is in keeping with the individual approach advocated by DJI. The programmes are customised.

A successful placement means that the prisoner is placed in suitable care in good time. This seems to depend on the prisoner's motivation for treatment, the care available and the waiting lists, the

psychologist's network (the extent to which there are short informal lines between the psychologist and the external mental health care providers), and the communication and feedback between the external care providers and the PI. Successful placements can be boosted through investment in the promotion and facilitating of collaboration between the PI and the mental health institutions (GGZ) and the implementation of the collaboration agreements concluded between GV, DforZo and the mental health institutions.

Although attempts are made to obtain a placement in clinical care or in assisted-living and sheltered units for all repeat offenders in the PI studied in the extramural phase, this is not always successful for all repeat offenders. The route to the placement is highly varied. There are sometimes long waiting times for repeat offenders for clinical care and above all for assisted-living and sheltered units. However, this differs a great deal from region to region as well as within regions and also from institution to institution. The long waiting times can have consequences for the repeat offender care programmes and the extent to which it is possible to use the extramural phase in accordance with the repeat offender procedure. In the case of repeat offenders feedback and communication with the external care providers appear to be important factors in whether or not the placement succeeds.

The psychologists indicate that there is a shortage of earmarked, suitable places for forensic care patients in sheltered-living and assisted-living units and in some municipalities for clinical mental care. On a national scale there are also insufficient suitable places for female prisoners and repeat offenders.

Type of care provided

There is often comorbidity in the case of the prisoners and repeat offenders for whom forensic care is indicated. The type of care which is initially prescribed depends on the problem that is dominant at that time and that needs to be tackled first, according to the psychologists. The prisoner's motivation for treatment – and this is more emphatically the case with repeat offenders – plays a role in the decision as to what type of care will be first provided. As a result of this the starting point that the most suitable care should be prescribed is not always adhered to.

Time-outs and definitive returns in forensic care programmes

There are a lot of time-outs in clinical placements according to psychologists. This is the case with repeat offenders in particular. Definitive returns to the PI also happen on a regular basis. Care or treatment programmes are often interrupted, particularly in the case of prisoners who have addiction problems. The study shows that experiences with interrupted placements also play a role in prisoners not (or no longer) being referred to clinical care by the psychologists interviewed. This cannot be supported by figures. There is no clear picture of the number of placements in the mental health institution (GGZ) that are interrupted. Nor is there a clear picture of how many prisoners ultimately successfully complete the clinical treatment in the mental health institution (GGZ). Quantitative research can provide a picture of this and can support or refute impressions.

Match with care after custody

The different financing streams and a lack of clarity about the responsibilities of the various indication partners form an obstacle to subsequent care after the custody period. The findings of

the study advocate earlier and timely consultation between PMO and case managers and probation about the required care. We believe this is also necessary for a good match between the care given during custody, the care requirements after custody and the care imposed as part of the sentence.

The coordination of follow-up care for prisoners who have no conditional framework after the end of their custody is mentioned as a point of attention. The prisoner him/herself or a support organisation itself has to then request that the prisoner be prescribed voluntary care. According to respondents it is important that during custody some work be done on prisoners' motivation for this treatment. At the moment the PIs studied have no standard time or capacity to provide this ongoing care in the form of motivating, supportive meetings. A bottleneck in the case of detainees is the fact that a lot of detainees are not insured.

With regard to repeat offenders this study focused mainly on the care indication and placement of repeat offenders in forensic care during the extramural phase. The study shows that in several cases repeat offenders have to leave the clinic or unit if the measure and therefore the forensic criminal punishment ends. Whether the repeat offender may continue to live in the clinic or in assisted-living units after the measure depends on the agreements concluded by the care providers with the municipality and the region.

Collaboration between PI and the mental health institutions, care for addicted persons and mentally disabled persons

According to the psychologists interviewed there is good collaboration between the PI and external mental health care providers of ambulatory care with whom there has already been collaboration (for a long time). Clear agreements have been concluded with these providers about information transfer in accordance with professional rules, the psychologists are kept well informed, there are short lines, the external psychologists have experience in providing treatment within the custody framework, and there is a clear vision of how many clients they can treat. It is often difficult to make agreements with external new partners and it takes time to conclude good agreements. External mental health care providers who are new do not fully realise what it means to provide treatment within the walls of a prison. It is not feasible to bring in a specific treatment from an external provider for a prisoner. But this is the starting point for the purchase of ambulatory care by DForZo. However, this is difficult to achieve in practice.

The study shows that the collaboration between PI and clinical care institutions is highly individual. How well transfer and regular feedback work depends mainly on whether psychologists and therapists of the clinic know each other. Agreements and frameworks have been established for collaboration and feedback at policy level but these are not yet being equally well implemented overall in practice. In addition, the study revealed a need for greater checks on and control of the agreements.

Overall conclusion

The purpose of this study was to gain insight into how decisions are taken about prisoners with mental problems and how the forensic care programme within custody is then designed. We conclude that the psychologists and the PMO in the PI go to a lot of trouble to indicate and provide

care for prisoners with mental problems. In most cases they succeed in providing (some form of) care – even if this is not always the most suitable care. The type of care that is best at any particular time in custody differs from person to person and is in keeping with the individual approach advocated by DJI. 'Most suitable care' does not necessarily mean that the prisoner is transferred immediately to the mental health institution (GGZ). This study shows that that the PIs comply with the principles of Stepped Care that were being implemented at the time of the study: as little intervention as possible but as much as necessary. Not only is good basic mental care important in leading on to forensic care; it also plays an important role in ongoing care and interim care. The bottlenecks and improvement points referred to in this study provide a basis for providing even more prisoners with the most suitable care.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doel van het onderzoek

In detentie verblijven veel gedetineerden met psychische problematiek: psychiatrische symptomen, verslaving, een (licht) verstandelijke beperking ((L)VB) of een combinatie van deze problemen. De prevalentiecijfers zijn niet eenduidig, maar op basis van verschillende onderzoeken kan worden geconcludeerd dat zeker twee derde van de gedetineerden psychiatrische problematiek heeft (Bulten, Nijman en van der Staak, 2009; Inspectie Gezondheidszorg, 2011)³ en ongeveer 60% verslavingsproblematiek, vaak in combinatie met psychiatrische of psychische problemen (Oliemeulen, Vuijk, Rovers & Van Eijnden, 2007)⁴. Uit onderzoek blijkt verder dat mogelijk 15 tot 25% van de gedetineerden een (licht) verstandelijk beperking heeft (Kaal, Wits, Van Ooyen-Houben & Ganpat, 2009)⁵. In 2014 zijn op een instroom van 41.400 gedetineerden ruim 1600 gedetineerden klinisch geplaatst waarvan ruim 1000 in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) en 500 in de GGZ (www.dji.nl).

Met het ontwikkelen van zorgtrajecten tijdens en in aansluiting op detentie wordt gepoogd voor deze gedetineerden een zorgaanbod en zorgcontinuïteit te realiseren, vanuit de overtuiging dat het realiseren van tijdige, passende en kwalitatief hoogwaardige forensische zorg bijdraagt aan de vermindering van recidive⁶. Dat passende zorg recidive kan voorkomen blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek onder verslaafde gedetineerden. Zorg in aansluiting op en als alternatief voor detentie leidt tot betere uitkomsten dan detentie alleen, ook in termen van recidivevermindering (Koeter en Bakker, 2007; Van Ooyen-Houben, 2009)⁷.

Om beter invulling te kunnen geven aan het 'forensisch' zorgproces binnen het gevangeniswezen, wil het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) inzicht in hoe de besluitvorming over gedetineerden met psychische problemen plaatsvindt en hoe het forensisch zorgtraject vervolgens vormgegeven wordt. Onderhavig onderzoek heeft als doel het plaatsingsproces te optimaliseren, zodat gedetineerden met psychische problemen zo spoedig mogelijk de juiste zorg krijgen.

Noot 3 Bulten, E., Nijman, H. & Staak, C. van der (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 115-119.
IGZ 2011

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

Noot 4 Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B. & Van Eijnden, R. (2007). Problematische alcoholgebruikers, drugsgebruikers en gokkers in het gevangeniswezen. Rotterdam: IVO.

Noot 5 Kaal, H., Wits, E., Ooyen-Houben, M. van & Ganpat, S. (2009). Een complex probleem. Den Haag: WPDC/IVO

Noot 6 Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg). Memorie van toelichting. (2010). Den Haag: T.K., vergaderjaar 2009-2010, kamerstuk 32398, nr. 3.

Noot 7 Koeter, M. & Bakker, M. (2007). Effectevaluatie Strafrechtelijke Opvang Verslaafden. Den Haag: Boom juridische uitgevers.

Ooyen-Houben, M. van (2009). Delicten gepleegd door drugsgebruikers. In: Laar, M. van & Ooyen-Houben, M. van (2009). Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid. Utrecht/Den Haag: Trimbos Instituut/WODC.

De resultaten van het onderzoek moeten informatie opleveren voor de kennisagenda van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en het thema persoonsgerichte trajecten.

Het ontwikkelen van zorgtrajecten sluit aan bij de visie van DJI en van het ministerie VenJ om in de toekomst voor alle gedetineerden met individuele trajecten te werken. In die trajecten moet invulling worden gegeven aan het 'insluiten, herstellen en voorkomen'. Om aan het herstellen en het voorkomen te werken, is het nodig dat een gedetineerde zo snel mogelijk de best passende zorg krijgt in de juiste voorziening. Hiervoor is in het gevangeniswezen de basiszorg ingericht en wordt een plaatsingsproces voor alle gedetineerden ontwikkeld, waarbij langs de lijnen van 1: mate van beveiliging, 2: mate van zelfredzaamheid en 3: de mate van behoefte aan zorg de contouren van het individueel traject worden bepaald en een justitiabele wordt geplaatst in een passende voorziening.

Dit past tevens bij de uitgangspunten die door de WHO zijn geformuleerd voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in detentie, de zogenaamde 'prisoner mental health'. Gedetineerden met psychische problemen moeten dezelfde zorg kunnen krijgen als mensen met psychische problemen in de maatschappij. Dit betekent dat in het gevangeniswezen goede basiszorg wordt gerealiseerd, psychische problematiek goed wordt gescreend en gediagnosticeerd en gedetineerden passende zorg krijgen conform de basis GGZ. De WHO geeft aan dat dit niet alleen van belang is voor de geestelijke gezondheid van de gedetineerden, maar ook bijdraagt aan een beter klimaat in de penitentiaire inrichtingen (PI's) en aan het voorkomen van recidive in de maatschappij.

Het ministerie VenJ werkt in samenwerking met de diverse organisaties aan de verbetering van de forensische zorg. De doorgevoerde vernieuwingen vergroten de mogelijkheid om tijdens strafrechtelijke trajecten de stoornissen en psychische problemen die ten grondslag liggen aan het criminele levenspatroon van de dader persoonsgericht aan te pakken. Met de vernieuwingen in de forensische zorg worden de volgende doelen beoogd (Handboek forensische zorg 2013):

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

DSP-groep voerde dit kwalitatief onderzoek in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) van het ministerie VenJ uit. Het onderzoek vond plaats tussen december 2014 en december 2015 en werd begeleid door een begeleidingscommissie, zie voor de leden hiervan bijlage 1.

De in dit rapport gepresenteerde bevindingen zijn gebaseerd op het perspectief en de ervaringen van professionals in het gevangeniswezen die binnen het forensisch stelsel uitvoering geven aan de zorgtrajecten (zie paragraaf 3.3 voor een overzicht van de geïnterviewde professionals). Het betreft geen met cijfers onderbouwde feiten. De bevindingen geven primair de ervaringen en meningen van deze professionals weer. Het perspectief van de GGZ en andere ketenpartners, zoals de reclassering, is in dit onderzoek niet onderzocht. Het onderzoek is kwalitatief van aard. Dit

betekent dat de onderzochte casussen illustratief zijn voor hoe forensische zorgtrajecten worden vormgegeven en de knelpunten die daarin worden ervaren. Het gaat niet om een statistisch representatieve steekproef.

1.2 Definities en afbakening onderzoek

Definities

In het handboek forensische zorg⁸ wordt de volgende definitie gegeven van forensische zorg: *'geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verslavingszorg of gehandicaptenzorg dat onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.'*

In het handboek worden verder drie doelgroepen gedetineerden onderscheiden die forensische zorg (kunnen) ontvangen:

- verdachten of veroordeelden aan wie het OM of de Rechtspraak forensische zorg heeft opgelegd als voorwaarde;
- gedetineerden (ook preventief gehechten);
- terbeschikkinggestelden met bevel tot verpleging.

Dit onderzoek richt zich op de tweede doelgroep: gedetineerden die preventief gehecht zijn in het huis van bewaring en gedetineerden die hun straf uitzitten in de gevangenis (afgestraften, inclusief arrestanten).

Forensische zorg maakt dus onderdeel uit van een strafrechtelijke titel. Daarnaast is er in elke penitentiaire inrichting psychische basiszorg aanwezig. Deze is als volgt gedefinieerd: *'De psychische basiszorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, het Psycho-Medisch Overleg (PMO), bestaande uit de inrichtingspsycholoog, de NIFP⁹-psychiater en de medische dienst. Het behandel aanbod dat door de PMO-leden wordt geboden bestaat globaal uit diagnostiek en stabilisatie door psychofarmaco-therapie en steunende en structurende behandeling. De reikwijdte van de behandelinterventies is vergelijkbaar met die van de kortdurende ambulante GGZ.'*

Afbakening onderzoek

We kijken in dit onderzoek naar hoe de zorg aan in het PMO besproken gedetineerden (preventief gehechten en afgestraften) met psychische problematiek, verslavingsproblematiek en/of LVB vorm krijgt vanaf het moment van binnenkomst van de gedetineerde in de PI tot het moment dat de gedetineerden de PI verlaat. We kijken daarbij zowel naar de psychische basiszorg die wordt ingezet als toeleiding naar en indicatie van forensische zorg. Hierbij is het onderscheid tussen geconstateerde zorg (zorg die tijdens de detentie wordt geïndiceerd) en opgelegde zorg (zorg die in het vonnis is opgelegd door de rechter of als bijzondere voorwaarde door het OM bij schorsing van

Noot 8 Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). Handboek forensische zorg 2013. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Noot 9 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie

de voorlopige hechtenis) van belang. Binnen detentie is de focus van dit onderzoek vooral gericht op de geconstateerde zorg. Aan het eind van de detentie komt ook de opgelegde zorg in beeld.

Daarnaast kijken we in onderzoek ook naar de forensische zorg aan ISD'ers. Dit zijn gedetineerden aan wie de maatregel 'Inrichting voor Stelselmatig Daders' is opgelegd. Dit is een strafrechtelijke maatregel die het mogelijk maakt veelplegers - al dan niet met verslavings- of psychiatrische problematiek - voor de duur van maximaal twee jaar de vrijheid te ontnemen. Het gaat veelal om delicten waarvoor de eigenlijke strafmaat te kort is voor een vrijwillige opname en behandeling in een kliniek. De ISD-maatregel bestaat uit een intramurale fase (binnen de ISD-afdeling van de PI) en een extramurale fase. De extramurale fase vindt in principe plaats in een externe klinische of ambulante behandelsetting of een vorm van beschermd wonen (zie 2.5 voor verdere toelichting op ISD). In de extramurale fase maar ook in de intramurale fase wordt forensische zorg ingezet. We onderzoeken het proces van indicatiestelling (tijdens de intramurale fase) tot de plaatsing en overdracht aan de zorgaanbieders in de extramurale fase. Ook bij ISD'ers heeft basiszorg een plaats in het proces van toeleiding naar forensische zorg.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we beleidscontext. We schetsen kort het wettelijk kader op basis waarvan forensische zorg is geregeld, de uitgangspunten van het beleid en de procedures. De onderzoeksvragen en de onderzoeksmethoden presenteren we in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 beschrijven we de signalering, indicatiestelling en plaatsing van gedetineerden met een preventieve hechtenis, een gevangenisstraf en van arrestanten. In hoofdstuk 5 beschrijven we de forensische zorgtrajecten van gedetineerden met een ISD-maatregel. In hoofdstuk 6 bespreken we de knelpunten en verbeterpunten en de mogelijke oplossingen die de respondenten hebben genoemd. Tot slot vatten we in hoofdstuk 7 de bevindingen per onderzoeksvraag samen en trekken we conclusies.

In deze rapportage heeft een aantal onderzoeksresultaten betrekking op meerdere terreinen (bijvoorbeeld op preventief gehechten en afgestraften en ISD'ers). Indien dit het geval is, worden deze resultaten op meerdere plekken in de rapportage genoemd.

2 Beleidscontext

In dit hoofdstuk schetsen we eerst kort de wettelijke basis voor het forensisch zorgstelsel (2.1). Daaruit vloeien de forensische zorgtitels (2.2) voort, de indeling van forensische zorg en het ketenproces en procedures voor forensische zorg (2.4 en 2.5), de indicatiestelling (2.6) en plaatsing (2.7). Tot slot besteden we aandacht aan de implementatie van Stepped Care (2.8). Stepped Care is een werkwijze met vastgestelde procedures, afspraken en uitgangspunten om gedetineerden waarbij een vermoeden is van psychomedische problematiek in beeld te brengen voor behandeling of indicering voor doorgeleiding. De implementatie van Stepped Care vindt plaats gedurende de looptijd van het onderzoek en heeft invloed op de resultaten.

2.1 Wettelijke context forensische zorg en basiszorg

In de Penitentiaire Beginselen Wet (Pbw) is vastgelegd dat de minister van VenJ voor alle gedetineerden een zorgplicht heeft. Volgens deze wet hebben gedetineerden recht op gelijkwaardige zorg, overeenkomstig de zorg zoals die in de maatschappij geboden wordt. In de gezondheidsvisie van DJI is dit equivalentiebeginsel als volgt verwoord:

'DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige, en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming.'

De bijzondere situatie waarnaar wordt verwezen is de detentiesetting, die extra gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Een persoon kan in detentie te maken krijgen met stress, angst, depressie en soms suïcidaliteit, die behandeld moeten worden om een veilige detentie te waarborgen. De psychische basiszorg valt hiermee onder verantwoordelijkheid van de minister. De regie op de basiszorg ligt bij de divisie Gevangeniswezen en Bijzondere Voorzieningen van DJI. Vanuit de basiszorg wordt geïndiceerd voor forensische zorg, die onder de Wet Forensische Zorg (WFZ) valt. De forensische zorg wordt momenteel geregeld volgens een interim-besluit Forensische Zorg. Dit interim-besluit regelt, vooruitlopend op een nieuwe wet Forensische Zorg, een wettelijke basis voor het huidige forensische zorgstelsel¹⁰. Het stelt o.a. regels ten aanzien van de inhoud en omvang van de forensische zorg, de indicatiestelling, de zorgtoeleiding naar forensische zorg (de plaatsing) en de aanwijzing van de zorgaanbieders die zorg leveren en de voorwaarden die daarbij kunnen worden gesteld, bijvoorbeeld ten aanzien van beveiliging.

Noot 10 Het wetsvoorstel forensische zorg (WFZ) dateert van 2010, maar moet nog in de Eerste Kamer worden behandeld. Op 22 september 2015 is door de eerste kamer beslist dat zij het wetsvoorstel samen willen behandelen met wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (31996) en het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (32399). Als de WFZ in werking treedt vervalt het interim-besluit.

Kenmerkend aan het huidige forensische zorgstelsel zijn de centrale inkoop van zorg bij zorgaanbieders door de divisie Forensische Zorg en Justitie Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI) van DJI. Om aanspraak te kunnen maken op forensische zorg zijn de indicatiestelling en de strafrechtelijke titel leidend. Zij vormen de basis voor het plaatsingsbesluit. De bekostiging van de forensische zorg gebeurt via forensische zorgtitels.

De minister van VenJ is verantwoordelijk voor het stelsel van forensische zorg. ForZo/JJI is namens de minister de eindverantwoordelijke voor de plaatsing van gedetineerden met een forensische zorgvraag (zorgen dat de juiste patiënt op de juiste plek terecht komt).

Dienst Forensische Zorg (DForZo) voert de regie op de uitvoering van het beleid en de ketenafspraken met behulp van de zorginkoop, het Forensisch Plaatsing Loket (FPL), en heeft de eindverantwoordelijkheid voor de plaatsing en de kwaliteitseisen aan forensische zorg.¹¹ Als uitvoeringsregisseur forensische zorg heeft DForZo daartoe de volgende taken:

- verantwoordelijk voor alle plaatsingen in de forensische zorg, het beheren van het plaatsingsbeleid en monitoren van de ketenprocessen;
- forensisch Plaatsingsloket;
- de verantwoordelijkheid voor het inkoopbeleid (voldoende en kwalitatief goede zorg) en het daarbij behorende budget;
- het bekostigen van zorgaanbieders;
- het beheren van de informatiesystemen;
- de kwaliteitsbewaking forensische zorg (o.a. middels het uitvragen van de prestatie indicatoren forensische psychiatrie);
- het beheren van het handboek Forensische Zorg.

2.2 Forensische zorgtitels

Om de forensische zorg te bekostigen zijn er 25 forensische zorgtitels: 21 strafrechtelijke titels, twee vormen van forensisch psychiatrisch toezicht, verdiepingsdiagnostiek en de voorgenomen indicatiestelling van de reclassering (zie bijlage 2). Het ministerie van VenJ bekostigt de forensische zorg nadat een indicatie is gesteld en de gedetineerde geplaatst is op basis van een plaatsingsbrief. Indiciestelling en plaatsingen vormen dus de kern van de toeleiding van gedetineerden naar forensische zorg. Er zijn drie momenten waarop de zorgbehoefte van een justitiabele aan het licht kan komen:

- na het plegen van een delict en tijdens de rechtsgang die daarna wordt opgestart;
- tijdens de detentie;
- tijdens de periode van toezicht door de reclassering.

Voor dit onderzoek zijn zeven zorgtitels relevant:

- Bij gedetineerden in het HvB en de gevangenis gaat het om de volgende vijf zorgtitels:
 - 1 overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 Pbw);
 - 2 overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw);

Noot 11 Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). Handboek forensische zorg 2013. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

- 3 penitentiair programma met zorg (art. 5 Pm);
- 4 interne overplaatsing naar Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw);
- 5 poliklinische verrichtingen door de GGZ in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw).
- Bij ISD'ers gaat het om de volgende twee zorgtitels¹²:
 - 6 plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38p WvSr) (art. 38m WvSr jo art. 44b-44q Pm);
 - 7 plaatsing in een instelling voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38p WvSr).

2.3 Indelingen in de basiszorg en forensische zorg

Psychische basiszorg

De basiszorg die door leden van het PMO kan worden gegeven bestaat grofweg uit observatie, diagnostiek en behandeling:

- behandelinterventies volgens de behandelrichtlijnen van zowel de basis-GGZ als de specialistische ambulante GGZ;
- steunende en structurende behandelinterventies;
- psycho-farmacotherapeutische behandeling van As I-stoornissen;
- (eerste) stabilisatie in crisissituaties;
- ondersteuning van afdelingspersoneel t.a.v. bejegening;
- toeleiding naar vervolgzorg na het einde van de detentie;
- indicatiestelling voor overplaatsing binnen GW of naar GGZ.

Daarnaast beschikt elke PI als onderdeel van de basiszorg over een Extra Zorg Voorziening (EZV). Hier worden gedetineerden geplaatst waarbij sprake is van kwetsbaarheid, gedetineerden die zich niet kunnen handhaven binnen het regulier regime door lichamelijke of geestelijke problemen, gedetineerden die gebaat zijn bij een rustige prikkelarme omgeving, gedetineerden die gebaat zijn bij een beperkt dagprogramma en/of gedetineerden die in principe niet groepsgeschikt zijn.

Forensische zorg

Momenteel worden verschillende systematieken en indelingen door elkaar gebruikt. De indelingen hebben betrekking op de vormen van zorg, de intensiteit en de mate van beveiliging.¹³ In dit onderzoek onderscheiden we drie vormen van zorg:

- 1 Klinische zorg: zorg in een 24-uursverblijfsetting waarbij ook behandeling wordt geboden.
- 2 Beschermd wonen: kleinschalig wonen met ondersteuning en begeleiding. Hieronder vallen sinds 2015 ook de indicaties voor de zogenaamde DEMO-voorzieningen¹⁴.
- 3 Ambulante zorg¹⁵: zorg op afgesproken tijden door een externe zorgaanbieder in de PI.

Noot 12 Indien hier indicatie vanuit het PMO voor gesteld wordt, kunnen ISD'ers hiernaast ook naar een PPC geplaatst worden.

Noot 13 Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). Handboek forensische zorg 2013. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Noot 14 DEMO staat voor: Stichting Door, Vereniging Exodus Nederland, Stichting Moria en Stichting de Ontmoeting. Dit zijn 24-uursvoorzieningen die (ex)gedetineerden langdurig begeleiden, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, werken, relaties, financiën, zingeving en zorg. DEMO-voorzieningen bieden geen behandeling.

Binnen deze drie vormen maken we vervolgens het onderscheid tussen de drie segmenten GGZ, verslavingszorg en zorg voor verstandelijk gehandicapten.

Klinische zorg kent verder verschillende niveaus van beveiliging en zorgintensiteit. Voor dit onderzoek is de klinische zorg in forensisch psychiatrische klinieken (FPK's) en forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's) van belang. Een FPK is een gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) met een van 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. Vanuit een FPK kan doorplaatsing naar de reguliere GGZ plaatsvinden. Een FPA heeft als doelstelling patiënten door te plaatsen naar de reguliere zorg en is in materiële zin minder beveiligd dan een FPK. 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.

In het segment verslavingszorg wordt binnen de klinische zorg een vergelijkbaar onderscheid gemaakt tussen forensische verslavingsklinieken (FVK's) en forensische verslavingsafdelingen (FVA's). In de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt de meest intensieve klinische zorg geboden in de klinieken voor zorg aan 'sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten' (SGLVG-voorzieningen). Daarnaast kennen alle drie de segmenten reguliere, minder beveiligde klinische zorgafdelingen.

Verder kan een gedetineerde voor klinische diagnostiek en/of behandeling worden geplaatst in een PPC. PPC's zijn specifiek ingesteld om forensische zorg en behandeling te verlenen aan gedetineerden met een psychiatrische stoornis en zijn onderdeel van het gevangeniswezen. PPC's vallen onder DJI.

2.4 Ketenproces en procedures forensische zorg gedetineerden in HvB en GV

Het ketenproces en de taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartners voor forensische zorg zijn door ministerie van VenJ beschreven in het handboek forensische zorg.¹⁶ Tijdens de voorlopige hechtenis of gevangenisstraf kan iemand een zorgbehoefte ontwikkelen of kan deze zich uiten. Het onderzoek naar de zorgbehoefte en de indicatiestelling gebeurt door het PMO. In het handboek forensische zorg wordt uitgegaan voor plaatsing in klinische zorg volgens het *GGZ-tenzij principe*. Dit betekent dat gedetineerden met psychische of psychiatrische problematiek in of door de GGZ worden behandeld, tenzij er sprake is van een contra-indicatie. Behandeling in/door GGZ kan alleen plaatsvinden na instemming van de gedetineerde.

Noot 15 Dit is ambulante zorg die door een externe zorgaanbieder in de PI wordt gegeven en aanvullend is op de basiszorg die de leden van het PMO kunnen bieden.

Noot 16 Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). Handboek forensische zorg 2013. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

dienst, afdelingshoofd (n.a.v. een signaal van een penitentiair inrichtingswerker (PIW-er), EZV-personeel en vanuit de directie worden gedaan.

- Het PMO adviseert of indiceert de zorg of behandeling die de gedetineerde nodig heeft. Dit wordt teruggekoppeld aan het Multi Disciplinair Overleg (MDO). Advies voor plaatsing buiten de PI worden voorgelegd aan de vrijhedencommissie.

De volgende uitkomsten van bespreking in PMO zijn mogelijk (zie cijfers in het schema):

- 4 PMO ziet geen indicatie tot verdere behandeling en sluit de zaak af.
- 5 PMO vindt psychische basiszorg op de afdeling geëigend (zie vormen van basiszorg 2.4). Hiervoor is geen indicatie nodig.
- 6 PMO ziet reden voor extra begeleiding bij kwetsbaarheid en adviseert directie voor plaatsing op de EZV als onderdeel van de basiszorg. Dit is een interne overplaatsing, door directeur zelf en buiten Indicatie Forensische Zorg van het NIFP (NIFP/IFZ) om.
- 7 PMO verwijst naar/indiceert aanvullende ambulante zorg door een externe zorgaanbieder. Deze zorg kan zowel op de reguliere afdeling als de EZV geboden worden. Het PMO geeft hier zelf een indicatie voor af.
- 8 PMO ziet reden voor klinische zorg, rekening houdend met contra-indicaties en instemming van gedetineerde. Het PMO vraagt een indicatie voor klinische zorg aan via NIFP/IFZ (zie 2.6). De indicatiestelling wordt door NIFP/IFZ opgesteld. In deze fase wordt ook de visie van het Openbaar Ministerie (OM) gevraagd en gewogen. Uiteindelijk wordt een besluit genomen door Bureau Selectie Functionaris (BSF) op basis van artikel 15.5 of 43.3 Penitentiaire Beginselenwet. De BSF neemt op basis van veiligheidsaspecten het besluit of de justitiabele buiten het gevangeniswezen geplaatst kan worden. Op basis van een plaatsingsbesluit kan de gedetineerde in de klinische zorg van de GGZ, verslavingszorg of SGLVG worden geplaatst.
- 9 PMO ziet reden voor klinische zorg maar plaatsing binnen de GGZ is geen optie en verwijst naar PPC. Dit kan zonder toestemming van de gedetineerde en op basis van besluit BSF. Toetsing gebeurt achteraf door IFZ.

Vervolgens kan nog het volgende gebeuren (zie groene pijlen in het schema):

- Vanuit PPC kan gedetineerde volgens het uitgangspunt 'GGZ tenzij' alsnog worden overgeplaatst naar de GGZ. Ook nu via een aanvraag van indicatiestelling aan NIFP/IFZ en na besluit BSF (idem als 4. Regie ligt bij verantwoordelijk behandelaar).
- Vanuit EZV kan gedetineerde worden overgeplaatst naar PPC. Procedure is gelijk aan die als beschreven bij 4 Regie ligt bij het PMO.
- Er is tijdens de ISS-fase geen problematiek gesignaleerd en de gedetineerde is op een reguliere afdeling geplaatst. Gedurende detentie wordt de problematiek zichtbaar of ontwikkelt de gedetineerde een psycho-medische zorgvraag. De gedetineerde wordt bij het PMO aangemeld.
- Gedetineerden kunnen na stabilisatie vanuit EZV teruggeplaatst worden op de reguliere afdeling.
- Na stabilisatie wordt de basiszorg stopgezet.
- Gedetineerden kunnen na stabilisatie of diagnostiek uit het PPC teruggeplaatst worden naar een reguliere afdeling of een EZV in de PI.
- Gedetineerden kunnen vanuit de GGZ naar PPC of PI teruggeplaatst worden.

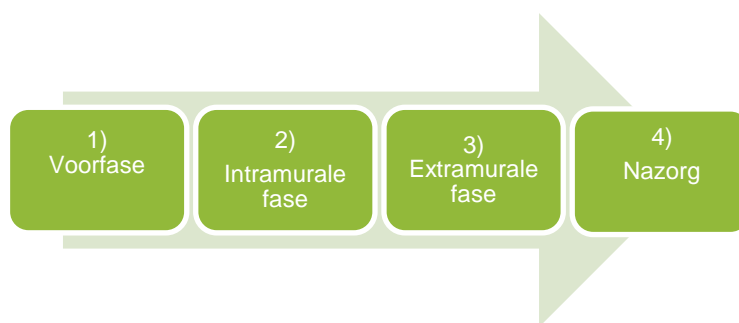
- Zowel vanuit regulier, EZV als PPC en vanuit GGZ gaan gedetineerden met ontslag. Voor gedetineerden die met ontslag gaan moet nazorg worden georganiseerd. In de praktijk betekent dit dat een gedetineerde samen met zijn casemanager afspraken maakt over zaken als inkomen, zorg, huisvesting, dagbesteding, identiteitskaart en schuldsanering. In de laatste fase van detentie kan ter voorbereiding van de zorg na detentie een indicatie worden aangevraagd of afgegeven voor ambulante zorg, klinische zorg, beschermd en begeleid wonen (inclusief DEMO-voorzieningen). Deze zorgvraag kan tijdens de detentie worden geformuleerd maar kan ook al vastliggen in het vonnis (de opgelegde zorg in de bijzondere voorwaarden).

2.5 Ketenproces forensische zorg bij ISD-maatregel

Intra- en extramurale fase

De ISD-maatregel bestaat uit verschillende fasen. Deze zijn weergegeven in figuur 2.2.

Figuur 2.2 Verschillende fasen ISD-maatregel



Voor dit onderzoek zijn de intra- en extramurale fasen van belang. Na het opleggen van de ISD-maatregel wordt de ISD-er geplaatst in een Instelling voor Stelselmatige Daders. Op dit moment start de intramurale fase van de ISD-maatregel. De eerste periode van de intramurale fase is gericht op:¹⁸

- (indien nodig) aanvullende diagnostiek;
- psychische en somatische stabilisatie;
- detoxificatie;
- het opstellen van een verblijfsplan voor de periode van de ISD-maatregel;
- motivering voor het traject;
- aanmelding voor vervolgzorg buiten detentie (NIFP, 2012).

Bij ernstige pathologie is stabilisatie het eerste doel. Daartoe kan overplaatsing naar een PPC (of eventueel een EZV) worden geïndiceerd.

In de extramurale fase wordt de ISD-er verder voorbereid op terugkeer in de maatschappij. Deze fase vindt in principe plaats in/door een externe klinische of ambulante behandelinstelling of een

Noot 18 NIFP & Gevangeniswezen (2012). Best Practice Psychologische en Psychiatrische Zorg in ISD-inrichtingen.

vorm van beschermd wonen. Ook bij de ISD'ers die (nog) niet zijn uitgeplaatst, komt in deze fase de nadruk te liggen op het opbouwen van een woonsituatie en resocialisatie binnen een omgeving met minder criminogene factoren. In de extramurale fase heeft de reclassering samen met de casemanager van de ISD'er binnen de PI de regie. Als de ISD'ers afspraken niet nakomen en/of zich onttrekken aan opname of begeleiding volgt een (tijdelijke) terugplaatsing in de PI (een zogenaamde time-out).

Het PMO kan tijdens de intramurale fase aanvullende ambulante zorg indiceren en kan voor de extramurale fase een indicatie klinische zorg aanvragen bij NIFP/IFZ. Dit verloopt volgens dezelfde procedure als bij gedetineerden (zie 2.5). Het PMO kan zelf een indicatie voor beschermd wonen afgeven.

2.6 Indicatiestelling

De indicatiestelling beschrijft de zorgbehoefte en de eventuele beveiligingsnoodzaak van de gedetineerde. De indicatiestelling dient onafhankelijk van het zorgaanbod en de zorginkoop plaats te vinden, zodat de zorgbehoefte objectief wordt vastgesteld (Handboek forensische zorg 2013)¹⁹. In dit onderzoek zijn twee organisaties relevant voor de indicatiestelling: het PMO en NIFP/IFZ. Zoals in 2.4 en 2.5 aangegeven, indiceert het PMO voor plaatsing in een PPC, voor aanvullende ambulante zorg in de PI en voor beschermd wonen. Indien klinische zorg nodig is, vraagt het PMO een indicatiestelling aan bij het NIFP/IFZ. NIFP/IFZ geeft een indicatie op basis van de informatie uit de aanvraag van het PMO.

Indicaties kunnen uitsluitend via het informatiesysteem Informatie Voorziening Forensische Zorg (IFZO) worden gesteld (zie kader). Hierin zijn een aantal zogenaamde 'harde' criteria opgenomen voor de beschrijving van de problematiek. De plaatsing gebeurt primair op basis van deze criteria.

Informatiesysteem IFZO

IFZO is een webapplicatie die de uitvoering van het forensische zorgstelsel ondersteunt en de informatie-uitwisseling tussen de ketenpartners vereenvoudigt. In de gehele forensische keten wordt gebruik gemaakt van IFZO. IFZO ondersteunt het totale proces van forensische zorg: van indicatiestelling tot en met plaatsing en facturatie. Gedetineerden worden geplaatst bij een door DForZo gecontracteerde zorgaanbieder. Het gecontracteerd zorgaanbod van deze instellingen staat geregistreerd in IFZO. Als de meest passende zorg niet wordt aangeboden door een gecontracteerde zorginstelling kan contact worden opgenomen met het Forensisch Plaatsingsloket. DForZo kan besluiten alsnog de noodzakelijke zorg in te kopen.

IFZO geeft de gebruiker via internet toegang tot een afgeschermd omgeving. Het systeem is alleen toegankelijk voor bevoegde gebruikers. Indicerende organisaties maken een indicatiestelling aan in IFZO. Na fattering van de indicatiestelling wordt een plaatsingsverzoek aangemaakt. De plaatser kan de zorgvraag en beveiligingsnoodzaak matchen met de best passende zorg. De in IFZO ingebouwde zoekmachine toont een

Noot 19 Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). Handboek forensische zorg 2013. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

overzicht van passende, gecontracteerde zorg. Na contact met de zorgaanbieder om de plaatsing definitief te maken, registreert de plaatser zijn afwegingen en rondt de plaatsing af middels een plaatsingsbesluit. Op basis van een plaatsingsbesluit kan de zorgaanbieder bij DForZo de geboden zorg declareren.

2.7 Plaatsing

Plaatsing omvat het hele proces vanaf de afgeronde indicatiestelling tot de start van het zorgtraject c.q. de opname. Het plaatsingsbeleid gaat uit van drie criteria:

- Passende zorg: de zorg moet passen bij de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak uit de indicatiestelling.
- Bereikbare zorg: de locatie van de te bieden zorg moet bereikbaar zijn voor de gedetineerde en vallen binnen diens leefomgeving.
- Tijdige zorg: uitvoering van de zorg moet tijdig plaatsvinden.

Als de plaatsing niet kan voldoen aan de criteria passend, bereikbaar en tijdigheid kan ervoor worden gekozen om overbruggingszorg in te zetten. Dit is per definitie een tijdelijke oplossing. Indien er helemaal geen optimale plaatsing mogelijk is, kan gekozen worden voor 'second best' zorg.

Gedetineerden kunnen worden geplaatst bij zorgaanbieders die een contract hebben afgesloten met het ministerie van VenJ. Ieder jaar vindt door DForZo een inkoopronde plaats.

2.8 Implementatie Stepped Care

Gedurende de looptijd van het onderzoek is de handreiking voor getrapte psychische zorg in het gevangeniswezen geïmplementeerd²⁰. De handreiking Stepped Care (getrapte zorg) biedt handvatten voor de zorgprioritering en voor het krijgen van de juiste patiënt op de juiste plek. Het uitgangspunt van Stepped Care is dat de cliënt geen zwaardere zorg krijgt dan strikt noodzakelijk. De afweging wordt gemaakt of basiszorg voldoende is, plaatsing op EZV nodig is, ambulante zorg geïndiceerd is of verwijzing naar klinische zorg (GGZ of PPC) nodig is. Bij een verwijzing naar klinische zorg is de eerste overweging of verwijzing naar reguliere (forensische) klinische psychiatrische voorzieningen mogelijk is. Dit is naar analogie met het plaatsingsproces zoals beschreven in 2.3.

Naar analogie met zorgprocessen in de reguliere GGZ over een Stepped Care benadering is een handreiking gemaakt om dit toe te passen binnen het gevangeniswezen. Het doel van de handreiking is om meer uniformiteit over de inzet van de verschillende zorgdisciplines, de inzet van de zorgmodaliteiten te bevorderen en onduidelijkheden te verminderen. Het uitgangspunt is dat er in de PI vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle disciplines integrale zorg wordt gegeven.

Noot 20 Ministerie van Veiligheid en Justitie. Handreiking Stepped Care. Den Haag, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2014.

In de handreiking wordt beschreven:

- welke uitkomsten van de inkomsten screening en selectieprocedure leiden tot opschalen naar bespreking in het PMO;
- hoe de verwijzing naar het PMO vorm moet krijgen;
- wanneer er gebruikt wordt gemaakt van de beschikbare basiszorg. Wanneer gekozen wordt voor plaatsing op een EZV en/of inschakelen van aanvullende ambulante zorg of overplaatsing naar een PPC of GGZ-voorziening;
- wanneer inzet van de NIFP-psychiater mag worden verwacht;
- en ook: op welke termijn dit alles redelijkerwijs kan gebeuren.

De criteria en processen die in deze handreiking zijn beschreven zijn als kader gebruikt bij het opstellen van de onderzoeksinstrumenten en de afwegingen zijn gebruikt als analysekader (zie 3.3).

3 Onderzoeksvragen en methode

In dit hoofdstuk beschrijven we de onderzoeksvragen, de respondenten en de methoden van onderzoek die we hebben ingezet ter beantwoording van de onderzoeksvragen.

3.1 Onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is vertaald in vier onderzoeksvragen.

- 1 Hoe verloopt de besluitvorming in het PMO?
- 2 Is de plaatsing verlopen volgens de daarvoor opgestelde procedures?
- 3 Wat gebeurt er met gedetineerden die niet instromen in een zorgtraject, waarbij dat wel wenselijk is?
- 4 Hoe verloopt het zorgtraject van gedetineerden?

De onderzoeksvragen zijn geoperationaliseerd in diverse subvragen, zie hiervoor bijlage 3.

3.2 Deelnemende PI's

Het onderzoek vond plaats in zes PI's. Bij de selectie van PI's hanteerden we de volgende criteria:

- een of twee PI's met zowel huis van bewaring als gevangenis;
- een PI met ook PPC;
- twee PI's met ISD-afdeling;
- een PI waar ook vrouwelijke gedetineerden zijn opgenomen.

Er is gekozen voor een variatie aan bestemmingen en regimes om zoveel mogelijk variatie in het casuonderzoek (zie 3.3) te hebben.

In tabel 3.1 geven we weer hoe de zes deelnemende PI's aan bovenstaande criteria voldoen. Er is bewust voor gekozen om geen namen van de PI's weer te geven in deze rapportage.

Tabel 3.1 Deelnemende PI's

PI	Type PI				Specifieke doelgroepen
	HvB	GV	PPC	ISD	
PI A ¹		X		X	
PI B	X	X			
PI C	X	X			
PI D		X			Arrestanten
PI E	X	X		X	
PI F	X	X	X	X	Vrouwen

¹ In deze PI heeft alleen de ISD-afdeling meegewerkt aan het onderzoek.

3.3 Methoden van onderzoek

Deskresearch

Binnen de studie werd deskresearch verricht op uiteenlopende schriftelijke bronnen. Het doel hiervan was zicht krijgen op het proces van signalering, indicatiestelling en plaatsing en invulling van het forensisch zorgtraject, de voorgeschreven procedures, doorlooptijden en de context waar binnen de zorgtrajecten worden uitgevoerd.

Groepsinterviews met PMO

Gedurende het onderzoek is in iedere geselecteerde PI twee keer een interview afgenomen met de leden van het PMO: in de eerste fase van het onderzoek en na afronding van het casusonderzoek. Het eerste groepsinterview vond plaats met zoveel mogelijk leden van het PMO. In één PI heeft een interview plaatsgevonden met vertegenwoordiging van twee PMO's: één voor regulier gestraften en één voor arrestanten. In totaal spraken we 22 leden van PMO's.

In tabel 3.2 zijn de aantallen en de functies van de gesproken respondenten weergegeven:

Tabel 3.2 Functie respondenten PMO's eerste interview

Functie	Aantal respondenten
Psycholoog	12
Psychiater	4
Verpleegkundige	3
Huisarts	2
Hoofd zorg	1
Totaal	22

Eerste groepsinterview met PMO

Tijdens het eerste groepsinterview met de leden van het PMO kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- Samenstelling en organisatie PMO.
- De wijze waarop gedetineerden instromen in het PMO (via ISS of via de afdeling).
- De criteria op basis waarvan besloten wordt dat een zorgtraject geïndiceerd is en op basis waarvan besloten wordt welke zorg nodig is.
- Welke randvoorwaardelijke factoren hierbij een rol spelen.
- Ervaren knelpunten in het gehele proces.

Tweede groepsinterview met PMO

Om de belasting van de leden van PMO te beperken, heeft het tweede interview voornamelijk plaatsgevonden met de psychologen van het PMO, die tevens voorzitter van het PMO zijn. In de PI's met meerdere PMO's zijn de psychologen van de verschillende PMO's in het tweede interview samen geïnterviewd. In één PI heeft een telefonisch interview plaatsgevonden met een psycholoog. In een andere PI heeft niet echt een terugkoppelinterview plaatsgevonden, maar zijn aansluitend op twee casusgesprekken met de psycholoog een aantal bevindingen uit casussen teruggekoppeld.

In totaal hebben we acht psychologen, een hoofd zorg en een hoofd D&R gesproken. Tijdens het tweede interview legden we de uitkomsten van de analyse van de casussen terug. Tevens bespraken we de knelpunten die hieruit naar voren kwamen en wat eventueel nodig zou zijn om het proces soepeler te laten verlopen.

Casusonderzoek

In elke PI is voorlichting gegeven aan de casemanagers en de psychologen over het aanleveren van casussen. Het merendeel van de casussen zijn aangedragen door het PMO. De aangedragen gedetineerden waren dus in beeld bij het PMO. In enkele PI's zijn ook casussen aangedragen vanuit een ander zorgoverleg waarin de zorgvraag van gedetineerden in de laatste fase van detentie wordt besproken. Het doel was om zo divers mogelijke trajecten te bespreken. Ter ondersteuning van de selectie is een format van mogelijk trajecten opgesteld. We vroegen om zoveel mogelijk variatie wat betreft de volgende variabelen:

- geïndiceerde zorg: basiszorg, ambulante zorg, EZV, PPC, klinische zorg, beschermd wonen en geen zorg geïndiceerd;
- aanmeldroute: via ISS of anders (bijvoorbeeld via de afdeling);
- soort aanmelding: regulier, spoed, acuut, indicatie²¹;
- samenwerking: goed/niet goed;
- doorlooptijden: positief/negatief;
- problematiek: psychiatrische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, anders;
- resultaat indicatiestelling/behandeling: plaatsing gerealiseerd ja/nee, overbruggingszorg ja/nee, second best zorg ja/nee, behandeling vroegtijdig afgebroken ja/nee.

Na een voorlichting aan casemanagers en psychologen hebben we in totaal 79 casussen van gedetineerden met (een vermoeden) van psychische of psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking anoniem besproken. Er zijn geen namen en naar personen herleidbare situaties doorgegeven aan de onderzoekers. De casussen werden door de casemanager of de psycholoog aangeleverd²². De justitiële titels van de casussen zijn weergegeven in tabel 3.3. Daarbij merken we op dat bij zes onderzochte gedetineerden de eerste zorgvraag/indicatie is gesteld tijdens de preventieve hechtenis, maar dat zij gedurende het onderzoek werden afgestraft en er opnieuw een indicatie werd gesteld. Deze gedetineerden zijn zowel bij de preventief gehechten als bij de afgestraften meegerekend. De 79 casussen hebben dus betrekking op 73 gedetineerden. Formeel gezien gaat het dus om 73 gedetineerden maar

Noot 21 In IFZO kan worden aangegeven of het een acute aanmelding is, een spoedaanmelding, een reguliere aanmelding of dat het gaat om een indicatiestelling:

- Acuut: er moet op dezelfde dag actie ondernemen.
- Spoed: er moet binnen enkele dagen, maar in ieder geval voor het weekend actie ondernemen.
- Regulier: de psycholoog beoordeelt op welke termijn actie ondernomen moet worden, meestal zal de aangemelde gedetineerde ook op de PMO-agenda gezet worden om af te stemmen wie welke actie gaat zal gaan ondernemen.
- Indicatie: indicatiestelling in de laatste fase van detentie.

Noot 22 Gedetineerden die op de EZV of in een PPC geplaatst worden, zijn niet altijd in beeld bij een casemanager. Dit geldt ook voor gedetineerden die snel uitgeplaatst worden naar GGZ. Dergelijke casussen werden door de psychologen aangeleverd.

omdat we onderscheid maken tussen zorgtrajecten voor preventief gehechten en afgestraften gaat het om 79 casussen van zorgtrajecten.

Tabel 3.3 Aantal casussen naar juridische titel

Juridische titel	aantal
Preventief gehecht	27
Afgestraft	23
ISD	26
Arrestanten	3
Totaal	79

Het was de bedoeling om bij de afgestraften ongeveer evenveel gedetineerden met een korte gevangenisstraf (korter dan zes maanden) en een langere gevangenisstraf op te nemen. Dit is ten dele gelukt: slechts twee gedetineerden hadden een korte gevangenisstraf. Het is niet duidelijk waarom er relatief weinig casussen met kortgestraften zijn aangeleverd. Van de aangeleverde casussen brachten we het zorgtraject in kaart. Het ging er om uitspraken te kunnen doen over de besluitvorming en vormgeving van de vier statussen en de diversiteit hierin in kaart te brengen. Het was niet de bedoeling uitspraken te doen over hoe vaak bepaalde besluiten en bepaalde zorgtrajecten zich voordoen in de totale populatie van gedetineerden.

Het casusonderzoek bestond uit een interview met casemanager of psycholoog en een digitale vragenlijst ingevuld door de psycholoog.

Telefonische interviews met casemanagers

Om zicht te krijgen op de vormgeving van het zorgtraject interviewden we de casemanagers van de geselecteerde gedetineerden over de vormgeving van de zorgtrajecten. Bij casussen waar (nog) geen casemanager betrokken was of niet voldoende op de hoogte was van de geïndiceerde zorg, vond het interview plaats met de psycholoog of een verpleegkundige. We hebben in totaal 27 casemanagers, vijf psychologen en één verpleegkundige geïnterviewd. Tijdens de interviews kwamen onder andere de volgende onderwerpen aan bod:

- gerealiseerde zorg (passend, tijdig, of overbruggingszorg);
- doorlooptijden (advies, indicatie, plaatsing);
- redenen waarom geadviseerde/geïndiceerde zorg niet is gerealiseerd;
- bij uitstroom met of zonder voorwaarden: naar welke zorg overgedragen;
- knelpunten.

Digitale enquête onder psychologen

Doel van de digitale enquête onder de psychologen was zicht krijgen op de criteria die bij een casus een rol speelden in het advies en indicatie voor forensische zorg. Dergelijke criteria mogen niet gedeeld worden met casemanagers en staan dan ook niet in het D&R plan vermeld. In de digitale enquête werden vragen gesteld over de volgende onderwerpen:

- dominante zorgvraag (aard en complexiteit van de problematiek, diagnose, DBC);

- advies voor welke type zorg: basiszorg (waaronder EZV), basiszorg met aanvullende ambulante zorg, PPC, klinische zorg buiten gevangenis, beschermd wonen;
- besluitvormingscriteria en -indicaties.

In de enquête legden we de psychologen een aantal besluitvormingscriteria en -indicaties voor. De psychologen konden telkens aangeven of deze een rol speelden bij het stellen van de indicatie. De voorgelegde besluitvormingscriteria en -indicaties baseerden we op de criteria die zijn beschreven in het handboek forensische zorg en de handreiking Stepped Care voor getrapte psychische zorg binnen het gevangeniswezen²³ (zie bijlage 4).

Analyse casussen

Voor het ordenen van de antwoorden van de digitale enquête zijn de afwegingen uit Stepped Care als analysekader gebruikt (zie bijlage 4). Voor de interviews met casemanagers is een analysekader opgesteld om de antwoorden te ordenen (zie bijlage 5). Dit is door twee onderzoekers gedaan. De analyse heeft plaatsgevonden per PI per type gedetineerden (preventief gehechten, afgestraften en ISD'ers). Per type gedetineerden is gezocht naar patronen en overeenkomsten en verschillen. Op basis daarvan zijn knel- en aandachtspunten op het niveau van de PI geformuleerd die teruggelegd zijn in de terugkoppelinterviews. Vervolgens zijn de bevindingen tussen de PI's met elkaar vergeleken om PI overstijgende patronen vast te stellen.

Interview regiopsychologen

We hebben twee groepsinterviews gehouden met de regiopsychologen: één bij de start van het veldwerk en een na afronding van het veldwerk.

Het eerste interview had tot doel een globaal landelijk beeld te krijgen van hoe de toeleiding naar forensische zorg geregeld is. Tevens hebben we bevindingen uit de eerste interviews over de organisatie van het PMO en de indicatiestelling in de zes PI's teruggekoppeld om te toetsen in welke mate dit in de zes onderzochte PI's afwijkt van het landelijk beeld. Aan het eerste interview hebben twee regiopsychologen²⁴ en het landelijk hoofd psychologische zorg deelgenomen. De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

- samenstelling en organisatie PMO;
- de wijze waarop gedetineerden instromen in het PMO (via de route ISS of via de afdeling);
- de criteria op basis waarvan besloten wordt dat een zorgtraject geïndiceerd is en op basis waarvan besloten wordt welke zorg nodig is;
- welke randvoorwaardelijke factoren hierbij een rol spelen;
- ervaren knelpunten in het gehele proces.

Na afronding van het veldwerk in de zes PI's hebben we de knel- en verbeterpunten die door de zes PI's werden genoemd teruggekoppeld aan de regiopsychologen met de vraag of dit beeld herkenbaar was en welke mogelijke oplossingen zij hiervoor zagen. Aan dit groepsinterview hebben

Noot 23 Ministerie van Veiligheid en Justitie. Handreiking Stepped Care. Den Haag, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2014.

Noot 24 Er zijn in totaal 4 regiopsychologen in Nederland.

drie regiopsychologen, het landelijk hoofd psychologische zorg en een beleidsmedewerker van het NIFP deelgenomen.

3.4 Reikwijdte van het onderzoek

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek op basis van 79 casussen in zes PI's met verschillende bestemmingen en regimes. Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de diversiteit in zorgtrajecten en aanknopingspunten en aandachtspunten te bieden voor het beleid. De kwalitatieve resultaten zijn primair bedoeld als duiding van hoe de besluitvorming plaatsvindt en vorm wordt gegeven aan de zorgtrajecten. Dit onderzoek pretendeert niet een representatief beeld te geven van de mate waarin de resultaten landelijk voorkomen.

Om te voorkomen dat in het onderzoek alleen melding wordt gemaakt van atypische casuïstiek of uitzonderingen, zijn de bevindingen van de casussen op het niveau van de PI teruggekoppeld aan het PMO en op het niveau van de zes PI's aan de regiopsychologen. Op die manier hebben we getoetst of het geschetste beeld op basis van de casussen binnen een PI en over de zes PI's wordt herkend op het niveau van de PI en op landelijk niveau. In de rapportage zijn de bevindingen die herkend werden (en dus niet als atypisch of als uitzondering worden gezien) gepresenteerd. Om inzicht te krijgen over de mate waarin de gevonden knel- en verbeterpunten in alle PI's en alle regio's van toepassing zijn is een kwantitatief onderzoek nodig.

4 Forensische zorgtrajecten HvB en gevangenenissen

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de forensische zorgtrajecten van 27 casussen van gedetineerden in preventieve hechtenis (de preventief gehechten), en 23 casussen van gedetineerden met een gevangenisstraf (afgestraften). Wanneer de resultaten van toepassing zijn op zowel preventief gehechten als afgestraften, gebruiken we de term gedetineerden. De uitkomsten over de 3 casussen van arrestanten presenteren we ook in dit hoofdstuk. We geven eerst een beschrijving van de organisatie van het PMO in de onderzochte PI's. Vervolgens gaan we in op de verwijzing naar het PMO, de indicatiestelling en de plaatsing (realisatie van de geïndiceerde zorg) of m.a.w. hoe binnen detentie vorm wordt gegeven aan de zorgtrajecten. Tot slot bespreken we de samenwerking tussen de verschillende partners in het hele proces. We bespreken de praktijk zoals we die in de onderzochte PI's hebben vastgesteld.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd op het casuonderzoek (digitale enquêtes onder psychologen en telefonische interviews onder casemanagers en psychologen) en de interviews met de leden van het PMO in vijf van de zes onderzochte PI's²⁵ en de regiopsychologen. We refereren aan resultaten die in de groepsinterviews met het PMO voorafgaand aan het casuonderzoek genoemd zijn als 'door het PMO is aangegeven' waarbij we onderscheiden tussen één, meerdere (meer dan één) of alle PMO's. Omdat het om groepsinterviews gaat, kunnen we niet precies aangeven hoeveel respondenten iets genoemd hebben. De terugkoppelinterviews hebben in de meeste PI's alleen plaatsgevonden met de psychologen. We verwijzen naar de uitkomsten van die interviews naar de psychologen. Als we in de tekst aangeven dat de psychologen iets 'vaak' genoemd hebben, dan bedoelen we hiermee dat dit meerdere keren (meer dan één keer) voorkomt in de ervaring van de psychologen. Het gaat niet om incidenten maar het is ook niet iets wat altijd door iedereen ervaren wordt.

In bijlage 6 is een overzicht opgenomen van de casussen naar juridische titel (preventief gehechten, afgestraften en arrestanten) waarin de belangrijkste stappen in het proces zijn weergegeven.

Noot 25 In één PI heeft alleen de ISD –afdeling meegewerkt aan het onderzoek. De resultaten van de ISD-afdelingen geven we weer in hoofdstuk 5.

4.1 Het PMO

Voorgescreven organisatie PMO

Om iedere gedetineerde de juiste zorg te kunnen geven, is er in iedere PI - conform de richtlijn psychomedische zorg - een PMO. Dit overleg bestaat uit minimaal een psychiater, een psycholoog, de huisarts en een justitieel verpleegkundige. Samen bepalen en coördineren zij de zorg die gedetineerden ontvangen tijdens de detentie. De psycholoog is de voorzitter van het PMO, en tevens coördinator en regiehouder. Het PMO bepaalt welke zorg de gedetineerde moet krijgen, op welke wijze en op welke plaats. Als bij de Inkomsten-, Screening- en Selectieprocedure of later tijdens het verblijf in de PI blijkt dat een gedetineerde zorg nodig heeft, dan wordt hij aangemeld bij het PMO.

Organisatie PMO in de vijf PI's

In alle door ons onderzochte PI's is een PMO, waarin de voorgescreven disciplines vertegenwoordigd zijn. In twee PI's is (beperkte) administratieve ondersteuning aanwezig. In de andere PI's is dit niet het geval of niet structureel geregeld.

De PMO's vinden in alle onderzochte PI's wekelijks plaats en duren gemiddeld één tot anderhalf uur. Het aantal gedetineerden dat wekelijks besproken wordt, is afhankelijk van de bestemming en bezetting in de PI. De PMO's noemen aantallen tussen de 15 en 40. Dit betekent dat er relatief weinig tijd is om de gedetineerden uitgebreid te bespreken. Op basis van de gemiddelde duur van het PMO en het aantal gedetineerden dat besproken wordt, duurt het bespreken van één gedetineerde gemiddeld 3 minuten. Bij gedetineerden die al eerder in het PMO besproken zijn, beperkt de bespreking zich tot kort de stand van zaken doornemen en bepalen of er nieuwe acties nodig zijn. Voor gedetineerden met een complexe zorgvraag wordt meer tijd uitgetrokken. Meerdere PMO's geven aan dat er eigenlijk onvoldoende tijd is om tijdens het PMO uitgebreid stil te staan bij complexe casussen. Het lukt dan ook niet altijd om alle gedetineerden die naar het PMO zijn doorverwezen binnen de ingeplande tijd te bespreken. Dit betekent dat het PMO soms langer duurt of dat gedetineerden buiten het PMO worden besproken.

Alle PMO's geven aan dat, gezien de beperkte tijd, het belangrijk is dat er een goede preselectie plaatsvindt van gedetineerden die naar het PMO worden verwezen. De medische dienst en de psycholoog - als voorzitter van het PMO - spelen hierin een belangrijke rol. Het PMO is bedoeld voor casussen die multidisciplinair besproken moeten worden. Daarnaast zijn er in sommige PI's specifieke doelgroepen die altijd - los van of er op dat moment een zorgvraag is - in het PMO worden besproken, bijvoorbeeld gedetineerden op de EZV, zwangere vrouwen en gedetineerden die psychofarmaca gebruiken.

Binnen de 'grotere' PI's in ons onderzoek en/of in PI's met specifieke afdelingen (bijvoorbeeld arrestanten en ISD), doelgroepen (vrouwen) of locaties zijn er meerdere PMO's actief die ingedeeld zijn naar regime, doelgroep of locatie. Het aantal beschikbare uren voor PMO-medewerkers is gekoppeld aan de capaciteit.

Andere overleggen waar de zorgvraag en indicatie voor forensische zorg worden besproken

Op het moment dat het einde van de detentieperiode in zicht komt, is het van belang dat alle leefgebieden in het D&R plan - en dus ook het gebied zorg en begeleiding - zijn ingevuld. In het

D&R-plan wordt vastgelegd welke zorg nodig is na detentie. Hier wordt naartoe gewerkt in de laatste fase van de detentie. Dit kan betekenen dat in de laatste fase van detentie forensische zorg wordt ingezet met als doel deze te continueren na detentie. Als in het vonnis is vastgelegd welke zorg en begeleiding een gedetineerde moet krijgen tijdens het voorwaardelijk deel van zijn of haar straf (de opgelegde zorg), wordt in de laatste fase van detentie gekeken hoe hier al tijdens de detentie op kan worden aangesloten.

Meerdere psychologen en de regiopsychologen geven aan dat er een verschil is tussen de zorgvraag die in de laatste fase van de detentie wordt vastgesteld door de casemanagers, het MDO en de ketenpartners en de zorgbehoefte die wordt vastgesteld naar aanleiding van aanmelding van een gedetineerde bij het PMO. In de laatste fase van detentie worden de doelen op het gebied van zorg en begeleiding gesteld, met de focus op wat de gedetineerde nodig heeft om na detentie niet te recidiveren. De geconstateerde zorgbehoefte *tijdens* detentie gebeurt door een zorgprofessional en is gericht op behandeling van stoornissen en problematiek en niet primair gericht op het voorkomen van recidive. Het doel is stabilisatie, herstel en diagnostiek. Indien mogelijk wordt daarbij, als voorbereiding op de zorg na detentie, wel aangesloten bij de zorg die in het vonnis is opgelegd.

Als in het D&R plan wordt vastgelegd dat forensische zorg wordt ingezet in de laatste fase van detentie, dan is daar een indicatie van het PMO voor nodig. Alleen het PMO kan indicaties voor forensische zorg tijdens de detentieperiode aanvragen. NIFP/IFZ indiceert vervolgens voor de uitplaatsing naar de forensische GGZ. De reclassering indiceert de forensische zorg voor het voorwaardelijk deel na detentie.

In alle onderzochte PI's komt of kwam het voor dat het PMO wordt gevraagd een indicatie af te geven voor een gedetineerde die niet bekend is bij het PMO. De PMO's geven aan dat dit vaak (te) laat gebeurt. Tijdige en volledige afstemming is dan vaak achterwege gebleven. Als het PMO zich vervolgens niet kan vinden in de zorg die de casemanagers willen inzetten en iets anders wil indiceren, creëert dit onduidelijkheid en kan dit nadelig voor de motivatie van de gedetineerden zijn. Dit kan tot spanningen leiden tussen casemanagers en PMO en psychologen.

Alle PMO's geven aan dat er eerder overleg moet zijn met PMO of psychologen over de zorg die men wil inzetten in de laatste fase detentie. De onderzochte PI's en ook andere PI's zijn volgens de regiopsychologen nog zoekende hoe hier het beste vorm aan te geven. Hoewel er reeds langere tijd een duidelijke richtlijn is, namelijk de richtlijn Samenwerking GeZa en PMO, verloopt dit in de onderzochte PI's en in veel andere inrichtingen volgens de regiopsychologen nog moeizaam.

In twee van de onderzochte PI's is een oplossing voor dit probleem gevonden door een Zorg Coördinatie Overleg (ZCO) of nazorgoverleg in het leven te roepen²⁶. Aan dit overleg nemen

Noot 26 In een andere PI was de taak voor indicatie in de laatste fase van detentie bij een psycholoog belegd. Gedurende de looptijd van het onderzoek is van dit model afgestapt omdat het in de praktijk een te kwetsbaar model was.

casemanagers en de psycholoog deel. De psycholoog is ook lid van het PMO, waardoor de lijn met het PMO gegarandeerd is. De GGD, de gemeente en de Reclassering worden soms ook uitgenodigd, maar komen zelden. Het ZCO vindt maandelijks plaats. Naast gedetineerden die in de laatste fase zitten, worden er in dit overleg ook kort gestrafte gedetineerden besproken. De respondenten in de PI's met een ZCO vinden het ZCO uitermate nuttig voor gedetineerden die na detentie geen justitieel kader hebben en waarbij de gemeente verantwoordelijk is voor zorg na detentie. Volgens de regiopsychologen is het wel belangrijk om heldere afspraken te maken over welke informatie gedeeld wordt in dit overleg. Zo mogen diagnoses bijvoorbeeld niet zomaar gedeeld worden met niet BIG²⁷-geregistreerde professionals. Samengevat stellen we dat een goede regie op de nazorg vraagt om een goede afstemming met diverse ketenpartners (justitie, GGZ, reclassering en gemeenten) en vraagt om een flinke tijdsinvestering.

4.2 Verwijzing naar en bespreking in het PMO

4.2.1 Verwijzing naar het PMO

In tabel 4.1. is weergegeven wie in het casuonderzoek de zorgvraag/problematiek signaleerde waarvoor de gedetineerde naar het PMO is verwezen. De meeste preventief gehechten in het casuonderzoek zijn via ISS door de medische dienst aangemeld bij het PMO (zie tabel 4.1). Bij de afgestraften wordt de problematiek vaak door PIW'ers van de inkomstenafdeling en door PIW'ers van de afdeling/casemanagers gesignaleerd. Bij een aantal afgestrafte casussen was de problematiek al bekend, doordat de gedetineerde ook de preventieve fase in de PI doorbracht.

Tabel 4.1 Wie signaleerde de zorgvraag/de problematiek²⁸

	Preventief gehechten (n=27)	Afgestraften (n=23)	Totaal (n=50)
Medische dienst	16	4	20
PIW'er inkomstenafdeling	4	5	9
PIW'er afdeling /casemanager	0	4	4
EZV-personeel	0	1	1
Directie	4	0	4
Gedetineerde zelf	3	3	6
Problematiek al bekend vanuit preventieve hechtenis in dezelfde PI	-	6	6
Anders, namelijk ²⁹	4	1	5
Onbekend	2	3	5

Noot 27 (wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

Noot 28 Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Noot 29 Genoemd zijn: psycholoog vorige inrichting en geestelijke verzorging.

Verwijzing door de medische dienst

In alle onderzochte PI's vindt standaard binnen 24 uur na binnenkomst een intake plaats bij de MD. De medische dienst inventariseert de mate van de klachten en de behoeften (triage) met behulp van een checklist en bepaalt of er sprake is van problematiek en of de problematiek/zorgvraag besproken moet worden in het PMO.

Bij het bepalen of een gedetineerde wordt doorverwezen naar het PMO, betreft de medische dienst - indien voorhanden - informatie over psychopathologie (onder andere suicidaliteit), gebruik van psychofarmaca en GGZ-voorgeschiedenis. Omdat medische dossiers in de meeste gevallen bij binnenkomst van een gedetineerde nog niet beschikbaar zijn en dus bovenstaande informatie niet of slechts deels voorhanden is, vindt het besluit om een gedetineerde door te verwijzen naar het PMO vaak plaats op basis van de informatie die de gedetineerde zelf kan en wil verstrekken. De snelheid waarmee informatie beschikbaar komt is wisselend.

In het algemeen verwijst de medische dienst alle gedetineerden door waarvan zij het vermoeden heeft dat ze tijdens detentie extra aandacht behoeven. Gedetineerden met LVB of gedetineerden waarbij een vermoeden is van LVB worden vaak alleen doorverwezen als er sprake is van bijkomende problematiek. Alleen LVB is volgens meerdere PMO geen criterium om zorg in te zetten tijdens de detentieperiode. Het tijdig signaleren van LVB tijdens detentie is wel van belang voor het realiseren van goede begeleiding en zorg na detentie om recidive te kunnen voorkomen.

Als het gaat om gedetineerden die reeds vaker gedetineerd zijn geweest, dan is er vaak relevante informatie en indicaties voor zorg te vinden in DUWAR van MicroHis. Dit vormt dan de reden van verwijzing naar het PMO.

Verwijzing via de afdelingen

Wanneer gedetineerden op de afdeling opvallend gedrag vertonen, kunnen zij door medewerkers op de afdeling worden doorverwezen naar het PMO. Dit geldt in alle onderzochte PI's. De PIW-ers melden dergelijk gedrag aan het afdelingshoofd, dat bepaalt of hij een gedetineerde doorzet naar het PMO. Vanuit de afdelingen kan opvallend gedrag ook gemeld worden aan het MDO of aan de medische dienst, die de gedetineerde vervolgens na screening kunnen aanmelden. Het PMO maakt vervolgens een inschatting of een gedetineerde besproken wordt. De afdeling meldt het ook als zich een crisissituatie aandient, bijvoorbeeld als er problemen zijn met medicatie of als een gedetineerde in een isoleercel geplaatst wordt. Na aanmelding is het PMO verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg.

Verwijzing via de directie

Doorverwijzingen vanuit de directie vinden in het casusonderzoek plaats bij acute problematiek en/of bij gedetineerden die in of vlak voor het weekend instromen en die tijdelijk op de isoleer zijn geplaatst, in afwachting van beoordeling van de psycholoog op de eerstvolgende werkdag.

Gedetineerde verzoekt contact met psycholoog

Gedetineerden kunnen ook zelf om contact vragen met een psycholoog. Zij kunnen dit contact aanvragen via de medische dienst en/of het afdelingshoofd. Meerdere psychologen geven aan hier de laatste tijd stringenter mee om te gaan. Niet alle verzoeken om een gesprek met een psycholoog kunnen worden ingewilligd. De medewerkers van de medische dienst bekijken of er

werkelijk sprake is van een zorgvraag voor de psycholoog. De vraag voor contact met de psycholoog kan namelijk ook een instrumentele reden hebben, bijvoorbeeld omdat gedetineerden in een dubbelcel geplaatst zijn en een contra-indicatie willen voor deze plaatsing.

Directe doorverwijzing naar zorg zonder bespreking in het PMO

De psycholoog kan gedetineerden ook direct doorverwijzen naar een andere interne discipline (bijvoorbeeld in geval psychiatrische hulp nodig is).

Selectie

Alle PMO's geven aan dat niet alle voor het PMO aangemelde gedetineerden automatisch worden besproken in het PMO. De psycholoog, die voorzitter is van het PMO, maakt per gedetineerde een inschatting van de mate waarin zorg nodig is en selecteert op basis hiervan welke gedetineerden besproken worden.

4.2.2 Type aanmelding bij PMO

Uit de onderzochte casussen (zie casusoverzicht in bijlage 6) blijkt dat de eerste aanmelding bij het PMO (of bij de psycholoog) in ongeveer twee derde van de casussen een reguliere aanmelding is. Dit betekent dat de psycholoog beoordeelt op welke termijn actie moet worden ondernomen en de aangemelde gedetineerde meestal op de agenda van het PMO zet om af te stemmen wie welke actie gaat ondernemen.

Vergeleken met afgestraften is er bij preventief gehechten vaker sprake van een acute aanmelding of een spoedaanmelding. Bij acute aanmeldingen moet de psycholoog dezelfde dag actie ondernemen en bij spoedaanmeldingen binnen enkele dagen en in elk geval voor het weekend. Alle geïnterviewde psychologen geven aan dat bij preventief gehechten vaker stabilisatie van de problematiek nodig dan bij afgestraften. Bij gedetineerden die vanuit het HvB naar de gevangenis doorstromen, heeft deze stabilisatie in de preventieve fase vaak al plaatsgevonden. Bij een aantal onderzochte casussen betrof de eerste aanmelding bij de psycholoog een indicatiestelling voor forensische zorg in het kader van de laatste fase van detentie.

4.2.3 Bespreking in het PMO

Bijna alle casussen van preventief gehechten zijn besproken in het PMO³⁰ (zie tabel 4.2). In enkele afgestrafte casussen waarbij sprake was van een verzoek om een indicatiestelling in de laatste fase van detentie is de gedetineerde niet besproken in het PMO, maar in het ZCO. De casemanager meldde hen hiervoor aan. Spoedplaatsingen naar een PPC of een EZV zijn niet altijd (eerst) in het PMO besproken.

Noot 30 Bij twee casussen was niet bekend of zij besproken waren in het PMO. De psycholoog die de indicaties had gesteld was niet langer werkzaam in de PI. Het betrof twee casussen van spoedplaatsingen naar PPC. Als de gedetineerde is uitgeplaatst, wordt het dossier afgesloten en is de informatie niet meer beschikbaar.

Tabel 4.2 Aantal casussen besproken in het PMO.

Besproken in PMO	Preventief gehechten	Afgestraften	Totaal
Ja	25	14	39
Nee	0	6	6
Onbekend	2	3	5
Totaal	27	23	50

4.2.4 Het 'missen' van problematiek in de fase ISS

De PMO's van alle onderzochte PI's geven aan dat hun medische dienst de gedetineerden die zorg nodig hebben, goed signaleert. Wel kan bepaalde problematiek (bijvoorbeeld depressie en LVB) minder zichtbaar zijn, wat het lastiger maakt om het tijdens een eerste intake op te merken. Meestal komt dergelijke problematiek dan na enkele dagen op de afdeling boven drijven en wordt dit via de medische dienst alsnog gemeld aan het PMO.

Sommige PMO's geven aan dat de structuur in de PI bij sommige LVB'ers voor duidelijkheid zorgt. Hierdoor laten deze gedetineerden geen onbeheersbaar gedrag zien, aldus enkele respondenten. Bovendien herkennen PIW-ers LVB vaak niet, omdat zij hierover (te) weinig kennis hebben. Gedetineerden met verslavingsproblematiek worden vrijwel niet over het hoofd gezien. Zij vragen namelijk meestal snel na binnenkomst om medicatie en/of laten op de afdeling verslavingsgedrag zien.

Als gedetineerden pas laat in beeld komen van het PMO, kan dit consequenties hebben voor de zorg die nog kan worden ingezet gedurende de detentie. Er is dan soms te weinig tijd te om nog tijdens detentie passende zorg te realiseren. Wel kan er ingezet worden op aansluitende zorg op basis waarvan het recidiverisico (verder) kan worden teruggebracht.

4.3 Indicatiestelling door het PMO

4.3.1 Informatie op basis waarvan het PMO besluit dat zorg gewenst is

Alle PMO's geven aan dat de informatie op basis waarvan besloten wordt dat zorg gewenst is verschilt per casus. Het PMO schat de (ernst van) de problematiek bij binnenkomst onder andere in op basis van de justitiële en medische gegevens van buitenaf. Hierbij betrekken zij informatie van de medische dienst over het functioneren van een gedetineerde. Verder wordt het DUWAR-systeem geraadpleegd, waarin informatie staat over de justitiële voorgeschiedenis van de gedetineerde, en worden de systemen ISP³¹ en JD-online³² bekeken. Ook de verblijfsduur³³ en de motivatie van de gedetineerde spelen een rol bij het besluit of en welke zorg wordt ingezet. Reclasseringsrapporten worden soms bekeken, maar bevatten volgens enkele geïnterviewde

Noot 31 Informatie Systeem Psychologen

Noot 32 Justitiële Documentatie Online

Noot 33 Verblijfsduur is bij preventief gehechten vaak onbekend en wordt ingeschat op basis van informatie justitiële bronnen.

psychologen vaak weinig medische informatie. Indien de gedetineerde gedurende detentie een zorgvraag ontwikkelt, wordt ook informatie van de PIW-ers betrokken bij het besluit. Daarnaast heeft de psycholoog en/of de psychiater een gesprek met de gedetineerde.

Alle PMO's geven aan dat medische informatie meestal pas een dag na binnenkomst van de gedetineerde beschikbaar is en bij gedetineerden die op vrijdag na 17 uur binnenkomen, pas de maandag na het weekend. Het is bij binnenkomst dus niet altijd meteen duidelijk of gedetineerden bijvoorbeeld eerder in een PPC hebben gezeten en dat er dus weer sprake kan zijn van dezelfde problematiek. De psychologen geven aan dat het ontbreken van informatie op het moment van binnenkomst kan leiden tot een verkeerde inschatting van de zorgbehoefte.

De mate waarin informatie over gedetineerden beschikbaar is, is mede afhankelijk van de juridische status van gedetineerden. Na afstraffing komen gedetineerden vaak binnen met een dossier (bijvoorbeeld een reclasseringsadvies en/of een Pro-Justitia rapportage, informatie uit het HvB). Over preventief gehechten, en in nog sterkere mate over arrestanten en zelfmelders, is over het algemeen minder informatie bekend.

4.3.2 Criteria bij de besluitvorming

Eerst geïndiceerde zorg

In tabel 4.3 staat een overzicht van de eerst geïndiceerde zorg in de onderzochte casussen. Bij de preventief gehechte casussen is vooral als eerste een indicatie voor EZV (eventueel met aangevuld met ambulante zorg) en PPC afgegeven, vaak met als doel stabilisatie. Bij de afgestrafte casussen is vooral verwezen naar klinische zorg in de GGZ. In drie casussen heeft het PMO beslist dat er geen zorg nodig was.

Tabel 4.3

Eerst geïndiceerde zorg in het casuonderzoek

Eerst geïndiceerde zorg	Preventief gehechten	Afgestraften	Totaal
Basiszorg	1	0	1
Klinische zorg buiten gevangenis	0	12	12
Beschermd wonen + eventueel ambulante zorg	0	4	4
EZV + eventueel ambulante zorg	11	2	13
PPC	9	1	10
Ambulante zorg	4	3	7
Geen	2	1	3
Totaal	27	23	50

In het casuonderzoek hebben de psychologen per casus aangegeven welke criteria een rol speelden bij het indiceren voor de verschillende typen zorg (zie bijlage 4 voor overzicht van de gehanteerde criteria)^{34 35}.

Criteria basiszorg³⁶

In de onderzochte casussen werd acht keer bij preventief gehechten en twee keer bij afgestraften basiszorg geïndiceerd. In het casuonderzoek bestaat de ingezette basiszorg vooral uit steunende en structurerende behandelinterventies of kortdurende psychotherapeutische interventies die zijn uitgevoerd door de psycholoog en gesprekken met de psychiater.

Uit tabel 4.4 valt op te maken dat het PMO in de onderzochte casussen vooral besluit om basiszorg in te zetten als de hulpvraag past binnen het aanbod van de basiszorg en/of de omgeving in de PI kan omgaan met het probleem.

Uit de interviews met het PMO blijkt dat basiszorg soms nodig is om aan de motivatie van gedetineerden te werken om ze vervolgens toe te leiden naar aanvullende ambulante zorg of klinische zorg in de GGZ. Bij preventief gehechten wordt basiszorg ingezet, omdat nog niet duidelijk is of en hoe lang de gedetineerde in detentie blijft. Men wacht dan eerst het vonnis af. Enkele psychologen geven ook aan dat het eerst inzetten van basiszorg in lijn is met het gedachtengoed van Stepped Care: zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig.

Tabel 4.4

Criteria basiszorg	Preventief gehechten (n=8)	Afgestraften (n=2)	Totaal (n=10)
Omgeving binnen PI kan omgaan met het probleem	7	2	9
Hulpvraag past binnen aanbod basiszorg	6	1	7
Er is eerst betere diagnostiek nodig	1	0	1
Er moet eerst aan motivatie van de cliënt worden gewerkt	1	0	1
Er is doorzorg nodig	1	0	1
Anders, namelijk ³⁷	1	0	1

Noot 34 De bedoeling was dat de psychologen dit aangaven voor de eerst gestelde indicatie. In enkele gevallen hebben de psychologen niet de eerst *gestelde indicatie* aangegeven, maar de *eerst geleverde zorg*. Dit is bijvoorbeeld een aantal keer gebeurd bij de indicatie basiszorg, die - zo bleek uit de interviews met de casemanagers - niet de eerst gestelde indicatie was, maar werd ingezet als overbrugging voor andere zorg. Om deze reden komen de aantallen in onderstaande tabellen niet in alle gevallen overeen met de aantallen in het overzichtsschema van de casussen. Dit verklaart waarom in tabel 4.3 basiszorg één keer wordt genoemd en in tabel 4.4 tien keer.

Noot 35 Preventief gehechten die tijdens het onderzoek werden afgestraft, zijn in deze paragraaf meegenomen op basis van de juridische status die de psycholoog in de enquête heeft aangegeven.

Noot 36 Met basiszorg bedoelen we psychofarmaca, observatie en diagnostiek, steunende en structurerende gesprekken met de psycholoog, gesprekken met de psychiater, bejegeningadviezen voor op de afdeling en toeleiding naar vervolgzorg. De EZV valt ook onder basiszorg, maar behandelen we apart.

Noot 37 Betrokkene is nog niet afgestraft.

Criteria EZV

In de onderzochte casussen werd zes keer bij preventief gehechten en drie keer bij afgestraften geïndiceerd voor de EZV. Uit het casuonderzoek blijkt dat gedetineerden op de EZV geplaatst worden als sprake is van kwetsbaarheid door een psychiatrisch ziektebeeld en/of psychologische kwetsbaarheid, als sprake is van een (L)VB of als de gedetineerde gebaat is bij een rustige, prikkelarme omgeving. Ook het zich niet kunnen handhaven in een regulier regime door lichamelijke of geestelijke problemen en de aard van het delict (bijvoorbeeld zeden of kindermoord) zijn indicaties om een gedetineerde op de EZV te plaatsen. Hoewel het gebruik van de EZV als wachtkamer voor het PPC of GGZ volgens Stepped Care niet de bedoeling is, is dit in enkele onderzochte casussen van preventief gehechten wel het geval. De gedetineerden zijn in EZV geplaatst in afwachting van hun plaatsing in de PPC. Uit de interviews met alle PMO kwam een overeenkomstig beeld naar voren.

Tabel 4.5

Criteria EZV	Preventief gehechten (n=6)	Afge-straften (n=3)	Totaal (n=9)
Er is sprake van kwetsbaarheid door een psychiatrisch ziektebeeld en/of psychologische kwetsbaarheid	5	0	5
(L)VB	3	1	4
Gedetineerde is gebaat bij een rustige, prikkelarme omgeving	1	2	3
Gedetineerde is in principe groepsongeschikt	0	2	2
EZV is tussenstation naar PPC of GGZ	2	0	2
Aard van het delict (bijvoorbeeld zeden of kindermoord)	1	1	2
Gedetineerde kan zich niet handhaven binnen regulier regime door lichamelijke of geestelijke problemen	2	0	2
Anders, namelijk ³⁸	1	0	1

Criteria ambulante zorg

In de onderzochte casussen werd vijf keer bij preventief gehechten en drie keer bij afgestraften geïndiceerd voor ambulante zorg. In het casuonderzoek wordt als voornaamste reden om ambulante zorg in te zetten genoemd dat het aanbod van een externe aanbieder in de PI beschikbaar is (zie tabel 4.6). Uit de interviews met alle psychologen blijkt dat bij het indiceren van de aanvullende ambulante zorg ook rekening wordt gehouden met de (caseload van) de externe aanbieders die in PI aanwezig zijn.

In alle onderzochte PI's wordt gewerkt met vaste externe zorgaanbieders. In de onderzochte PI's wordt niet geplaatst bij een zorgaanbieder met wie psychologen nog geen contacten en afspraken hebben gemaakt. Zij lichten toe dat de ervaring heeft geleerd dat dit bijna niet te realiseren is. Het kost tijd om goede afspraken met aanbieders te maken, aanbieders willen vaak niet komen voor

Noot 38 Gedetineerde is vanaf PPC in PI geplaatst.

één cliënt in verband met reistijd, externe aanbieders realiseren zich onvoldoende dat een behandeling binnen de PI anders is dan in de reguliere GGZ.

Verder worden in het casuonderzoek als criteria genoemd dat de zorgvraag/hulpvraag buiten het aanbod van de basiszorg ligt, dat de gedetineerde met een externe zorgaanbieder over zijn hulpvraag in gesprek wil en dat de duur van detentie voldoende is om behandeling uit te voeren. In de interviews met de PMO's worden verder als specifieke criteria voor aanvullende ambulante zorg motivatie, en specifieke behandelingen zoals agressieregulatie en EMDR genoemd. In de meeste onderzochte PI's maken de psychologen eerst een inschatting of zij de psychologische zorg zelf kunnen leveren. Als dat gezien de caseload of de intensiteit waarin het nodig is niet kan, wordt ambulante zorg ingezet. Hieruit leiden we af dat deze psychologen bij meer gedetineerden zelf basiszorg zouden kunnen verlenen, maar dat hun caseload dit niet toelaat.

Tabel 4.6

Criteria aanvullende ambulante zorg

Criteria ambulant	Preventief gehechten (n=5)	Afge-straffen (n=3)	Totaal (n=8)
Binnen PI is aanbod van externe aanbieder beschikbaar	2	3	5
Zorgvraag/hulpvraag ligt buiten aanbod basiszorg	1	2	3
Gedetineerde wil met een externe zorgaanbieder over hulpvraag in gesprek	2	1	3
Duur van detentie is voldoende om behandeling uit te voeren	0	2	2
Gedetineerde is gemotiveerd voor behandeling	0	1	1
Gedetineerde heeft voldoende draagkracht voor behandeling binnen detentie	0	1	1
De afdeling kan omgaan met het probleem	1	0	1
Ambulante behandeling is nodig als doorzorg	1	0	1
Het ambulante traject kan na detentie worden gecontinueerd	0	1	1
PI heeft goede ervaringen met de externe aanbieder	0	1	1

Criteria PPC

In het casuonderzoek is de indicatie PPC zeven keer gesteld bij preventief gehechten. In de onderzochte casussen met afgestraften werd geen enkele keer een PPC-indicatie gesteld (zie tabel 4.7). Volgens de psychologen is de reden hiervoor dat de problematiek, op basis waarvan wordt doorgeplaatst naar een PPC, over het algemeen in de preventieve fase naar voren komt en doorplaatsing dus ook tijdens deze fase plaatsvindt.

Uit het casuonderzoek komen vooral de volgende criteria voor plaatsing in een PPC naar voren: acuutheid van het probleem (er is acuut stabilisatie nodig), klinische diagnostiek is nodig om de zorgvraag te verduidelijken, klinische behandeling is nodig, de reguliere detentieomgeving (personeel en medegedetineerden) kan niet omgaan met het probleem en de psychiatrische kennis en expertise in een PPC sluiten beter aan bij de zorgvraag.

Ook uit de interviews met de PMO's komt naar voren dat gedetineerden vooral in een PPC worden geplaatst als er sprake is verwardheid door ernstige psychiatrische problematiek en/of suïcidaliteit

en daarbij sprake is van een onveilige situatie voor zowel de gedetineerde zelf als voor de omgeving. De afweging voor een PPC of EZV wordt gemaakt op basis van de mate waarin een gedetineerde psychisch ontregeld is.

Tabel 4.7

Criteria PPC	Preventief gehechten (n=7)	Afge- straffen (n=0)
Acuutheid van het probleem (acute stabilisatie nodig)	4	-
Klinische diagnostiek nodig om zorgvraag te verduidelijken	4	-
Klinische behandeling nodig	4	-
Psychiatrische kennis en expertise in PPC sloot beter aan bij zorgvraag	4	-
De reguliere detentieomgeving (personeel en medegedetineerden) kan niet omgaan met het probleem	4	-
De gedetineerde is niet gemotiveerd voor behandeling of behandeling is niet mogelijk	2	-
Gedetineerde dient een verblijf te hebben met een zeer hoog beveiligingsniveau: de inschatting is dat het plaatsen van gedetineerde in de GGZ maatschappelijke onrust zal veroorzaken	1	-
Plaatsingsprocedure GGZ is te arbeidsintensief (onder andere door uitgebreide administratie)	1	-
Plaatsingsprocedure GGZ is te tijdrovend	1	-
Gedetineerde is gemotiveerd voor behandeling, maar kan vanwege strafrestant of justitiële titel niet naar de GGZ	1	-

Criteria klinische zorg

In het casuonderzoek werd een indicatie voor klinische zorg negen keer gesteld bij afgestraften. In de casussen met preventief gehechten werd deze indicatie geen enkele keer gesteld. In de interviews met de PMO's zijn hiervoor de volgende redenen gegeven:

- Onduidelijkheid of onder de juridische titel 'preventief gehecht' plaatsing in de GGZ toegestaan (zie verder hoofdstuk 6).
- Negatieve ervaringen met pogingen voor plaatsingen in de GGZ in het verleden (BSF geeft geen toestemming of klinieken weigeren, bijvoorbeeld uit angst dat ze de problematiek van de gedetineerde niet aankunnen, dat ze de vereiste mate van beveiliging niet kunnen bieden of dat de gedetineerde de groep ontwricht).
- Administratieve belasting en wachttijd GGZ is niet in relatie tot de kans van slagen om een gedetineerde klinisch te kunnen plaatsen (dit speelt niet bij een indicatie voor PPC, omdat een PPC door de psycholoog zelf geïndiceerd wordt, er is vooraf geen toestemming van de BSF nodig, en omdat plaatsing over het algemeen snel gerealiseerd kan worden).
- Er is eerst nog diagnostiek nodig alvorens indicaties klinische zorg te kunnen stellen.
- Bij preventief gehechten is vaak (nog) geen motivatie voor opname in de klinische zorg.

In het casuonderzoek worden de volgende criteria voor klinische zorg bij afgestraften genoemd: de zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek vraagt om klinische

opname/behandeling, de gedetineerde is gemotiveerd voor de behandeling en het behandelmilieu van de aanbieder past bij zorgvraag (zie tabel 4.8).

In de interviews lichten de psychologen toe dat bij de overweging om een gedetineerde klinisch te plaatsen altijd wordt gekeken of het strafresistant dit toelaat. Ook de verwachting of er toestemming van de BSF komt wordt meegenomen in de besluitvorming, evenals de verwachting dat klinieken de gedetineerde niet zullen weigeren. Dit heeft vooral te maken met de benodigde mate van beveiliging en of de mate waarin de kliniek die kan bieden. Hiernaast speelt de verwachting met betrekking tot verlofmogelijkheden vaak een rol.

Tabel 4.8

Criteria klinische zorg	Preventief gehechten (n=0)	Afge-straffen (n=9)
Zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek vraagt om klinische opname/behandeling	-	6
Strafresistant laat plaatsing in GGZ toe	-	6
Locatie/plaats aanbieder	-	4
Justitiële titel laat plaatsing in GGZ toe	-	2
Type delict	-	2
OM gaat akkoord met plaatsing in GGZ	-	2
Beperkte draagkracht en andere aanwijzingen voor gevaar ernstige zelfverwaarlozing, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie	-	1
Behandelmilieu aanbieder past bij zorgvraag	-	1
Gedetineerde had eerder zorg van aanbieder	-	1

Criteria beschermd wonen

In het casuonderzoek is de indicatie voor beschermd wonen drie keer gesteld bij afgestraften. Deze indicatie werd niet bij preventief gehechten gesteld. Uit het casuonderzoek blijkt dat deze indicatie wordt gegeven als begeleiding of behandeling nodig is voor het optimaliseren van resocialisatie, als het nodig is om de gedetineerde te behandelen/begeleiden (onder andere bij dagbesteding) en als het nodig is in verband met de zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek. Ook speelt in een enkel geval mee dat er goede ervaringen/korte lijnen zijn met de aanbieder. Uit alle interviews met de psychologen komt een overeenkomstig beeld naar voren.

Tabel 4.9

Indicaties beschermd wonen	Preventief gehechten (n=0)	Afge-straffen (n=3)
Begeleiding/behandeling nodig	-	2
Optimaliseren omstandigheden resocialisatie	-	2
Zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek	-	1
Begeleiding bij dagbesteding nodig	-	1
Goede ervaringen/korte lijn met aanbieder	-	1

Uitgangspunt GGZ-tenzij

Uit de interviews met de PMO's blijkt dat de psychologen in de PI's niet alleen verschillend omgaan met het uitgangspunt *GGZ-tenzij*, maar het ook verschillend interpreteren. Zoals hierboven aangegeven, wordt het uitgangspunt *GGZ-tenzij* niet (of heel incidenteel) toegepast bij preventief gehechten. Maar ook bij afgestraften wordt het in enkele PI's niet of nauwelijks meer toegepast. In 6.3 gaan we verder in op de genoemde redenen voor het niet toepassen van *GGZ-tenzij*.

PMO's die het *GGZ-tenzij* niet als uitgangspunt nemen, plaatsen gedetineerden die klinische zorg nodig hebben in een PPC. Deze plaatsingen kunnen zij zelf indiceren (NIFP/IFZ doet een check achteraf) wat de procedure verkort en het plaatsingsproces versnelt. Enkele psychologen geven aan dat zij plaatsing in een PPC verkiezen boven een GGZ-plaatsingen om dat zij van mening zijn de er in de PPC meer kennis is van de forensische psychiatrie dan in de GGZ in hun regio.

PMO's die wel of in sommige gevallen het principe *GGZ-tenzij* hanteren, hebben goede ervaringen in het verleden en warme contacten met de klinieken en nemen tijdens de procedures en in afwachting van de plaatsing contact op met de klinieken. Zij geven aan dat de plaatsing langer duurt, maar dat dit geen beletsel hoeft te zijn.

4.3.3 (Dominante) zorgvraag gedetineerde en diagnose

Zorgvraag gedetineerde

In de onderzochte casussen van preventief gehechten heeft 70% van de gedetineerden zelf een zorgvraag. Bij de afgestraften ligt dit percentage hoger, namelijk op 90%. Uit de interviews met het PMO blijkt dat vrouwen vaker zelf aangeven zorg of hulp nodig te hebben. Veel vrouwen laten kinderen achter als ze in detentie worden geplaatst en maken zich daar zorgen over.

Diagnose

In tabel 4.10 staat onder welke Diagnose Beveiliging en Behandel Combinatie (DBBC)-hoofdgroep de problematiek van de onderzochte casussen volgens de psychologen valt. Uit de tabel blijkt dat de gestelde diagnoses in de onderzochte casussen heel divers zijn. In bijna de helft van de onderzochte casussen is sprake van comorbiditeit. (Combinaties van) persoonlijkheidsstoornissen, verslaving (alle middelen) en verstandelijke beperking komen het meest voor.

Tabel 4.10 Diagnose (of onder welke DB(B)C-hoofdgroep valt de problematiek? ³⁹

Diagnose	Preventief gehechten (n=27)	Afge-straften (n=23)	Totaal (n=50)
persoonlijkheidsstoornissen (As 2)	7	8	15
verslaving (alle middelen)	7	8	15
verstandige vermogens justitiabele	8	5	13
diagnose is nog niet bekend of uitgesteld	5	4	9
aan een middel gebonden stoornissen	4	4	8
stoornissen in de impulsbeheersing	3	3	6
schizofrenie en andere psychotische stoornissen	3	1	4
stoornissen in de kindertijd	2	1	3
seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	1	1	2
problemen in verband met misbruik of verwaarlozing	0	1	1
restgroep diagnoses	0	1	1
anders, namelijk ⁴⁰	2	1	3

Dominante zorgvraag

In tabel 4.11 staat de dominante zorgvraag van de onderzochte casussen vermeld. Hiermee bedoelen we de zorgvraag die ten tijde van de eerste indicatie centraal staat en die dus als eerste aandacht behoeft. De verschillende dominante zorgvragen zijn in het casuonderzoek ongeveer gelijk verdeeld.

Tabel 4.11 Dominante zorgvraag ⁴¹

Dominante zorgvraag	Preventief gehechten (n=27)	Afge-straften (n=23)	Totaal (n=50)
Verslaving	6	9	15
Psychiatrische problematiek	10	4	14
(L)VB	7	5	12
Persoonlijkheidsproblematiek	4	3	7
Anders, namelijk ⁴²	1	4	5

Uit de onderzochte casussen van preventief gehechten blijkt dat, wanneer de dominante zorgvraag bij preventief gehechten LVB is, als eerste indicatie veelal EZV gesteld wordt (zie casuoverzicht bijlage 6). Als psychiatrische problematiek voorop staat, wordt veelal de indicatie PPC gegeven. Als verslavingsproblematiek voorop staat, worden verschillende soorten indicaties gegeven: ambulante zorg, EZV en PPC.

Noot 39 Meerdere antwoorden mogelijk.

Noot 40 Bij preventief gehechten: suïcidaliteit (2x), bij afgestraften: posttraumatische stressstoornis (PTSS) (1x).

Noot 41 Meerdere antwoorden mogelijk.

Noot 42 Bij preventief: onbekend (1x); bij afgestraft: begeleiding na detentie (2x), diagnostisering (1x), voorbereiden op therapeutische behandeling (1x) en onbekend (1x).

In de onderzochte casussen van afgestraften worden voor dominante LVB- en psychiatrische problematiek alle verschillende soorten indicaties gegeven. Als persoonlijkheidsproblematiek en verslaving op de voorgrond staan, wordt tijdens afstraffing echter vooral naar klinische zorg verwezen.

4.4 Plaatsing (vormgeving zorgtrajecten) tijdens detentie

Uit de casuoverzichten in bijlage 6 is af te lezen hoe het zorgtraject van de onderzochte casussen eruit ziet na de eerste indicatie door het PMO tot de gedetineerde de PI verlaat. Uit de overzichten blijkt dat het verloop van de zorgtrajecten zeer verschillend is. Verder blijkt dat in de casussen waar het PMO een indicatie of verwijzing heeft afgegeven voor zorg, deze zorg vrijwel altijd is gerealiseerd.

In een aantal casussen wijzigde de indicatiestelling tijdens de detentieperiode. In de interviews zijn de volgende redenen voor het wijzigen van indicaties gegeven:

- Problematiek veranderde of was niet eerder zichtbaar of opgemerkt.
- Juridische status van gedetineerde veranderde, gedetineerde kreeg bijvoorbeeld tijdens preventieve hechtenis ambulante zorg en dit werd na afstraffing omgezet in klinische zorg.
- Gedetineerde kon niet geplaatst worden in de beoogde instelling en er werd of in de tussentijd overbruggingszorg gegeven, of er werd uitgeweken naar een ander soort zorg (second best).
- Er is eerst 'lichtere' zorg ingezet en als dat niet werkt wordt opgeschaald.
- De motivatie van de gedetineerde voor zorg verandert.

Hieronder gaan we in op de vormgeving van de zorgtrajecten bij preventief gehechten en bij afgestraften.

Preventief gehechten

Alle casussen van preventief gehechten kregen de eerst geïndiceerde zorg.⁴³ Bij bijna alle preventief gehechten verliep de plaatsing vervolgens succesvol.⁴⁴ Dit wil zeggen dat de plaatsing gerealiseerd werd tijdens de periode van preventieve hechtenis. Wel was er in een aantal casussen sprake van een (korte) wachtlijst voor de geïndiceerde zorg en werd basiszorg als overbrugging ingezet, meestal in de vorm van gesprekken met de inrichtingspsycholoog. Ook werd basiszorg als overbrugging ingezet bij een casus waarin het PPC de gedetineerde weigerde wegens agressief gedrag tijdens een eerdere opname en bij een casus waarin de gedetineerde in beperkingen zat. Bij één casus moest de opgestarte zorg worden afgebroken. Het betrof een EZV-plaatsing, waarbij het niet lukte om de gedetineerde op de EZV te stabiliseren. Deze gedetineerde werd overgeplaatst naar een PPC. In enkele casussen werd na stabilisatie van de problematiek de gedetineerde vanuit de EZV of de PPC teruggeplaatst naar het regulier regime. In het kader geven we een korte beschrijving van enkele gerealiseerde plaatsingen van preventief gehechten.

Noot 43 Overbruggingszorg zien we niet als eerste indicatie. Bij twee gedetineerden werd geen indicatie gesteld.

Noot 44 We bedoelen hiermee dat de behandeling op het moment van het onderzoek niet vroegtijdig afgebroken was.

Casusbeschrijvingen gerealiseerde plaatsingen van preventief gehechten

- 1 Gedetineerde met psychiatrische problematiek werd op de EZV geplaatst en kreeg hier tevens andere basiszorg. Op de EZV stabiliseerde zijn toestand. Hij werd overgeplaatst naar het reguliere regime. De andere basiszorg werd in het reguliere regime doorgezet.
- 2 Gedetineerde had voor zijn detentie GGZ in verband met persoonlijkheidsproblematiek. Tijdens detentie is ambulante zorg geïndiceerd. Deze zorg loopt. Na detentie zal ambulante zorg opnieuw geïndiceerd worden.
- 3 Gedetineerde had een stoornis in de impulsbeheersing en er was sprake van verslavingsproblematiek. Voor zijn detentie werd hij hiervoor behandeld in de GGZ. Deze zorg kon tijdens detentie worden voorgezet. Na advies van de reclassering en NIFP moet duidelijk worden welke nazorg geïndiceerd gaat worden.
- 4 Verslaafde gedetineerde was voor zijn detentie onder behandeling bij de verslavingszorg. Na binnenkomst in de PI werd hij doorverwezen naar een PPC. In het PPC stabiliseerde zijn toestand. Vervolgens werd hij teruggeplaatst naar de PI, waar hij op de EZV verblijft. Hij is in afwachting van een plek in een instelling voor beschermd wonen. In de tussentijd blijft hij op de EZV.

Afgestraffen

Van de 23 afgestrafte casussen, is bij 14 de plaatsing bij de eerst geïndiceerde zorg gerealiseerd.⁴⁵ In twee casussen was de plaatsing ten tijde van het onderzoek nog niet gerealiseerd. Beide casussen betroffen plaatsingen in RIBW's. in de laatste fase van detentie: in de ene casus was men in afwachting van het besluit van de BSF, in de andere casus was het vanwege stroeve communicatie met de instelling niet duidelijk waarom de gedetineerde nog niet geplaatst was. In het kader geven we een korte beschrijving van drie gerealiseerde plaatsingen van afgestraffen.

Casusbeschrijvingen van gerealiseerde plaatsingen van afgestraffen

- 1 Gedetineerde had verslavingsproblematiek en werd geïndiceerd voor ambulante zorg. De behandeling is goed verlopen. Als nazorg gaat DEMO met aanvullend ambulant geïndiceerd worden.
- 2 Gedetineerde was vanwege zijn verslaving en verstandelijke beperking voor zijn detentie in behandeling bij de GGZ. Tijdens detentie kreeg hij een indicatie voor FPA. Deze plaatsing is gerealiseerd, de zorg loopt. Omdat het even duurde voordat hij hier geplaatst kon worden, kreeg hij als overbrugging basiszorg in de vorm van gesprekken met de psycholoog. Na detentie wordt beschermd wonen geïndiceerd.
- 3 Gedetineerde had geen zorg voor detentie. Tijdens detentie werd duidelijk dat er sprake was van persoonlijkheidsproblematiek en verslaving. Op basis van artikel 43.3 werd deze gedetineerde in de laatste fase van zijn detentie geplaatst in een FPK. De plaatsing is gerealiseerd, de zorg loopt. Na detentie wordt opnieuw geïndiceerd voor FPK.

Noot 45 Overbruggingszorg zien we niet als eerste indicatie. Bij één gedetineerde werd geen indicatie gesteld.

In zes casussen lukte het niet om de gedetineerde te plaatsen in de geïndiceerde instelling/kliniek.⁴⁶ Redenen hiervoor waren:

- De kliniek/instelling weigerde de gedetineerde vanwege een te kort strafrestant of vanwege het gepleegde delict (delict met geweld).
- In de geïndiceerde kliniek was geen plek.
- De kliniek had de opnamebestemming gewijzigd en behandelde geen patiënten meer voor de problematiek waarvoor de gedetineerde verwezen was.

In het kader geven we een korte beschrijving van drie niet gerealiseerde plaatsingen van afgestraften.

Casusbeschrijvingen van niet gerealiseerde plaatsingen van afgestraften

- 1 Gedetineerde kwam als preventief gehechte de PI binnen. Tijdens de preventieve fase verbleef hij op de EZV en kreeg hij ambulante zorg. Na afstraffing werd de indicatie omgezet naar klinische zorg. Er is bij twee verschillende klinieken geprobeerd om de gedetineerde te plaatsen, maar telkens weigerde de kliniek de gedetineerde vanwege het dossier van de gedetineerde en het gepleegde delict. Omdat klinische plaatsing niet lukte, is er opnieuw geïndiceerd voor ambulante zorg in de PI (second best). De ambulante behandeling loopt nu.
- 2 Klinische behandeling was wenselijk, maar niet haalbaar, omdat gedetineerde weinig motivatie had en geen inzicht vertoonde in het gepleegde delict. Om deze reden is besloten om de gedetineerde aan te melden voor een DEMO-voorziening. De gedetineerde werd echter door de DEMO-voorziening geweigerd, omdat opname als te risicovol ervaren werd. Er is toen opnieuw geïndiceerd, ditmaal voor een andere RIBW⁴⁷-instelling. Op het moment van het onderzoek is de PI bezig om de gedetineerde in de RIBW-instelling te plaatsen. Ter overbrugging is de gedetineerde op de EZV geplaatst.
- 3 Gedetineerde werd vanwege een verstandelijke beperking geïndiceerd voor klinische zorg. Omdat er een wachtlijst was, kreeg gedetineerde basiszorg ter overbrugging. Vijf maanden later stond de gedetineerde echter nog steeds op de wachtlijst en werd besloten om de indicatie voor klinische zorg om te zetten in een indicatie voor beschermd wonen. Hier kon gedetineerde binnen twee weken terecht.

Van de veertien afgestrafte gedetineerden die de geïndiceerde zorg kregen, verliep de plaatsing bij elf gedetineerden op enkele time-outs na succesvol.⁴⁸ Bij de drie gedetineerden waarbij de behandeling vroegtijdig werd afgebroken werden als redenen hiervoor genoemd het ongeoorloofd afwezig zijn en het vertonen van intimiderend gedrag in de kliniek. Uit de interviews met de PMO's kwam naar voren dat het onttrekken aan de klinische behandeling vaak een reden is om deze af te breken. In het kader geven we een korte beschrijving van twee afgebroken casussen van afgestraften.

Noot 46 Bij één casus werd geen indicatie gesteld. Deze casus blijft hier buiten beschouwing.

Noot 47 Regionale Instelling voor Beschermd Wonen

Noot 48 We bedoelen hiermee dat de behandeling op het moment van het onderzoek niet vroegtijdig afgebroken was.

Casusbeschrijvingen van afgebroken trajecten van afgestraften

- 1 Gedetineerde is verslaafd en op basis van artikel 43.3 in de laatste fase van zijn detentie klinisch geplaatst. Tijdens opname vertoonde hij intimiderend gedrag naar de medewerkers van de kliniek en naar andere patiënten. Zij voelden zich hierdoor niet veilig. Na twee time-outs is besloten deze gedetineerde definitief terug te plaatsen naar de PI. Er wordt geprobeerd om hem elders aan te melden.
- 2 Vrouwelijke gedetineerde kwam via een andere PI binnen op de EZV vanwege een kwetsbare persoonlijkheid. Zij werd geplaatst in een FVA, maar onttrok zich na 1,5 dag. Vervolgens is er een indicatie voor een PPC gesteld. Plaatsing is gerealiseerd.

Bij een aantal gedetineerden werd het zorgtraject niet afgebroken, maar was wel sprake van één of meerdere time-outs. De gedetineerde komt in dit geval voor 14 dagen terug naar de PI, omdat hij niet (meer) gemotiveerd is, weigert samen te werken en/of zich niet conformeert aan de regels en afspraken van de zorgaanbieder. Uit de interviews met alle psychologen blijkt dat time-outs vooral veel bij uitgeplaatste verslaafde gedetineerden voorkomen. Redenen om een time-out te geven zijn dan terugval in alcohol- en/of drugsgebruik en hieraan gerelateerde incidenten (bijvoorbeeld agressie of betrokkenheid bij drugshandel).

4.5 Aansluitende zorg (voor en na detentie)

Zorg voor detentie

De geïnterviewde psychologen geven aan dat gedetineerden de zorg die zij voor detentie hadden in principe binnen kunnen voortzetten. Indien mogelijk kan dit door dezelfde aanbieder als voor detentie. De psychologen geven echter aan dat dit vaak vanwege de reisafstand naar de PI niet mogelijk is. Het PMO indiceert dan voor of verwijst naar zorg tijdens detentie. Uit onderstaande tabellen blijkt dat ruim een derde van de gedetineerden uit ons casuonderzoek voor detentie zorg had.⁴⁹ Bijna alle gedetineerden (één niet) bij wie bekend is dat zij voor detentie zorg kregen, krijgen ook tijdens detentie zorg (zie ook casuoverzicht in bijlage 6).

Tabel 4.12

Zorg voor detentie⁵⁰

Zorg voor detentie	Preventief gestraften (n=21)	Afgestraften (n=19)	Totaal (n=40)
Nee	10	11	21
Ja, van GGZ	5	4	9
Ja, van verslavingszorg	2	2	4
Ja, van gehandicaptenzorg	0	0	0
Onbekend	4	2	6
Totaal	21	19	40

Noot 49 We gaan hier uit van de gedetineerden waarvan bekend is dat zij voor detentie zorg hadden.

Noot 50 Er waren meerdere antwoorden mogelijk.

Zorg na detentie

In bijna de helft van de casussen is bij de casemanagers al bekend dat er zorg na detentie gaat komen (zie tabel 4.13). Vaak is deze zorg al opgelegd in het vonnis. Nazorg vindt vooral plaats in de vorm van klinische zorg en beschermd wonen. Bij preventief gehechten is vaak (nog) niet bekend of er nazorg komt. Dit komt onder andere doordat een aantal preventief gehechten is doorgeplaatst naar een PPC; de PI heeft dan geen zicht meer op wat er verder met de gedetineerde gebeurt.

Tabel 4.13 Aansluitende zorg nodig na detentie.

Vervolgzorg nodig	Preventief gestraften (n=27)	Afge- straffen (n=23)	Totaal (n=50)
Ja	10	12	22
Nee	1	3	4
(nog) niet bekend	16	8	24
Totaal	27	23	50

4.6 Doorlooptijden

Ambulante zorg

In de meeste onderzochte PI's zijn er geen wachtlijsten voor ambulante zorg. Als er tijdelijk meer vraag naar ambulante zorg is, kunnen de vaste externe aanbieders van ambulante zorg waarmee samengewerkt wordt veelal extra capaciteit beschikbaar stellen. In andere PI's stelt het PMO de indicatie ambulante zorg pas als het zeker is dat de gedetineerde snel kan instromen. Dit is belangrijk voor de behandelmotivatie. In het PMO wordt dan bekeken welke gedetineerden het meest behoefte hebben aan ambulante zorg. De mate waarin er sprake is van lijdensdruk speelt hierin een rol. Na indicatie en intake kan ambulante zorg meestal vrijwel direct van start gaan.

EZV-plaatsingen

Alle geïnterviewde PMO's geven aan dat EZV-plaatsingen zeer snel gerealiseerd kunnen worden, vaak zelfs nog dezelfde dag. Wel komt het regelmatig voor dat er geen plek is op de EZV en dat gedetineerden (kort) op een wachtlijst worden geplaatst. In een enkel geval, wordt gekeken of er in een andere PI wel plek is.

PPC-plaatsingen

Volgens de geïnterviewde PMO's kunnen PPC-plaatsingen over het algemeen snel gerealiseerd worden. Het komt vrijwel niet voor dat er in een PPC geen plek is. Toch is de wachttijd, in geval van ernstige problematiek van gedetineerden, vaak langer dan wenselijk is voor de gedetineerde en de omgeving van de PI, aldus enkele PMO's. In de tussentijd houden zij de gedetineerden in de PI goed in de gaten.

Het komt voor dat er in of vlak voor het weekend ernstig suïcidale gedetineerden binnenkomen die voor een PPC-plaatsing in aanmerking komen. In het weekend is er geen psycholoog in de PI aanwezig om hier een indicatie voor te stellen. De piketdienst kan in dit soort gevallen de beslissing nemen de gedetineerde tijdelijk in een isoleercel te plaatsen.

Klinische zorg

De geïnterviewde PMO's geven aan dat zij de wachttijd voor klinische zorg over het algemeen als te lang ervaren. Er zijn verschillen tussen, maar ook binnen regio's. In de tussentijd wordt in de meeste gevallen overbruggingszorg ingezet of wordt, als het echt te lang duurt, uitgeweken naar second best zorg. In het casusonderzoek varieerden de wachttijden van de acht casussen die klinisch geplaatst werden van enkele weken tot enkele maanden.

Beschermd wonen

De geïnterviewde PMO's geven aan - en de regiopsychologen bevestigden dit beeld - dat er een flink tekort is aan instellingen voor beschermd wonen waardoor de wachttijden over het algemeen erg lang zijn. Het duurt 4-6 maanden en in sommige gevallen wel een jaar voordat een gedetineerde geplaatst kan worden. De psychologen geven aan dat er weinig doorstroming is op deze plekken.

4.7 Samenwerking

In deze paragraaf gaan we in op hoe de psychologen en casemanagers de samenwerking met elkaar en met ketenpartners ervaren. We benoemen kort eventuele knelpunten. Deze worden in hoofdstuk 6 verder uitgewerkt.

Interne samenwerking

De samenwerking tussen de leden van het PMO wordt door alle respondenten als positief ervaren. Er zijn korte lijnen en men weet elkaar buiten het PMO goed te vinden. De samenwerking tussen de psychologen en de casemanagers verloopt in merendeel van de onderzochte casussen naar wens. Dit is volgens de regiopsychologen niet de tendens in het land. Over het algemeen verloopt de samenwerking in het land moeizaam. In de onderzochte casussen waar de communicatie niet optimaal is, wordt tijdgebrek als de belangrijkste reden genoemd. Een algemeen knelpunt in de samenwerking is dat het niet voldoende duidelijk is waar de taken en verantwoordelijkheden liggen waardoor te laat in het proces overleg is tussen psycholoog en casemanagers (zie ook 4.1 en hoofdstuk 6).

Ambulante zorg in de PI

De samenwerking tussen psychologen en externe ambulante zorgaanbieders loopt goed met de aanbieders met wie al gedurende lange tijd wordt samengewerkt. Zij zijn veelal vaste dagen aanwezig in de PI. Er zijn korte lijnen, de communicatie is goed en er is een duidelijk taak- en rolverdeling. In andere PI's (en regio's) moet de samenwerking met vaste partners nog worden opgebouwd. Psychologen ervaren knelpunten bij het naar binnen halen van ambulante zorg met 'nieuwe' zorgbieders (zie 6.6).

RIBW/DEMO-instellingen

DEMO-instellingen vallen tegenwoordig in de forensische zorg onder RIBW-instellingen. We merken op dat het onderscheid tussen DEMO-instellingen en andere RIBW-instellingen voor casemanagers niet duidelijk is. De geïnterviewde psychologen vinden dat DEMO-instellingen niet onder RIBW-instellingen horen te vallen (zie 6.5).

Psychologen en casemanagers geven aan dat de samenwerking met RIBW/DEMO-instellingen in veel gevallen zeer moeizaam verloopt, wegens:

- onduidelijkheden over contactpersonen en moeilijke communicatie;
- onvoldoende beschikbaar aanbod in de buurt van de gedetineerde;
- veel afwijzingen van gedetineerden, onder andere omdat instellingen vrezen dat zij de problematiek van gedetineerden niet aankunnen.

Klinische zorg

Volgens de psychologen verloopt de samenwerking met de klinieken zeer wisselend. Als de samenwerking goed loopt, lijkt dit vooral afhankelijk te zijn van het netwerk en de warme contacten van de psychologen met behandelaars in de klinieken. De psychologen noemen de volgende knelpunten:

- Onduidelijkheid over de contactpersoon binnen de kliniek.
- (Te) beperkte terugkoppeling, afwijzingen van gedetineerden.
- Het niet aankunnen van de problematiek van gedetineerden, wat leidt tot terugplaatsingen.
- De geïnterviewde casemanagers zijn over het algemeen positiever over de contacten met klinieken en de terugkoppeling. Dit komt waarschijnlijk omdat zij veelal degenen zijn die de contacten met de klinieken onderhouden en dus ook geïnformeerd worden. De casemanagers moeten de informatie vervolgens doorgeven aan de psychologen.

PPC

Overplaatsing naar PPC kan vaak snel worden geregeld. De overdracht naar de PPC verloopt volgens de psychologen goed. Na plaatsing op het PPC en bij terugplaatsingen worden enkele knelpunten genoemd:

- Na overplaatsing naar een PPC gaat de verantwoordelijkheid naar het PPC. Alle psychologen geven aan dat er zo goed als geen terugkoppeling vanuit PPC's plaatsvindt.
- Bij terugplaatsing uit het PPC naar de PI is de informatieoverdracht wisselend. Enkele psychologen geven aan dat er niet alleen teruggeplaatst wordt als de gedetineerde gestabiliseerd is, maar ook als de gedetineerde niet wil meewerken aan de behandeling in het PPC of als er geen sprake is van problematiek op AS I. In deze gevallen heeft de PI weinig of geen mogelijkheden om de gedetineerde te behandelen.

NIFP/IFZ

De samenwerking tussen psychologen en NIFP/IFZ verschilt per persoon en is ook hier afhankelijk van warme contacten. Het systeem IFZO is volgens een aantal psychologen niet voldoende. Veel psychologen nemen na het indienen van een aanvraag telefonisch contact op met NIFP/IFZ om de indicatiestelling door te nemen en eventueel te bespoedigen.

Voor casemanagers is het niet altijd duidelijk wat de rol van het NIFP/IFZ is en waar precies de taken en verantwoordelijkheden liggen. Volgens het handboek Forensische Zorg is het NIFP/IFZ bij klinische plaatsingen niet alleen verantwoordelijk voor de indicatiestelling, maar ook voor de plaatsing. De praktische uitvoering van de plaatsing ligt vervolgens bij de PI (bijvoorbeeld overleg over de plaatsingsdatum).

Verder komt het voor dat NIFP/IFZ tot een andere indicatie komt dan wat de psycholoog heeft aangevraagd, bijvoorbeeld FPK in plaats van FPA. De verschillen hebben vooral te maken met het benodigde beveiligingsniveau.

Reclassering

Het merendeel van de casemanagers geeft aan tevreden te zijn over de samenwerking met de reclassering, als tijdens detentie al duidelijk is wie de contactpersoon bij de reclassering is. Andere casemanagers noemen de volgende knelpunten:

- onduidelijkheid over de juiste contactpersoon of nog geen contactpersoon bij de reclassering gedurende detentie;
- verschillende contactpersonen afhankelijk van regio van de woonplaats, PI en kliniek;
- de reclassering vangt haar werkzaamheden pas aan als de gedetineerde uit detentie is omdat zij pas productie kan schrijven (en dus gefinancierd worden) na detentie.

De psychologen melden als knelpunt dat de zorg die de reclassering wil inzetten na detentie niet altijd overeenkomt met de zorg die volgens psychologen nodig is. De problematiek en de zorgvraag van de gedetineerde kunnen gedurende de detentie veranderen waardoor de zorg die in de adviesrapportage wordt aangegeven niet meer passend is.

4.8 Arrestanten

In een van de onderzochte PI's is een arrestantenafdeling. Omdat er voor deze groep gedetineerden andere zaken spelen dan voor de preventief gehechten en afgestraften, presenteren we de resultaten over arrestanten in deze aparte paragraaf.

Arrestanten

Instroom

Arrestanten komen direct van de straat binnen. Over hen is meestal geen informatie bekend. Na binnenkomst wordt de arrestant gezien door de verpleegkundige. Alle arrestanten waarbij een vermoeden is dat zij zorg nodig hebben, worden aangemeld voor het PMO. Vaak is er sprake van ontwenningverschijnselen (alcohol en/of drugs). Bij GHB-ontwenning is 24-uurszorg nodig. In overleg met de huisarts of de gedragsdeskundige wordt de arrestant in een speciale GHB-cel geplaatst. De groep arrestanten bestaat voor een deel uit oude, verslaafde zwervers. De respondenten geven aan dat deze groep over het algemeen weinig behoefte aan hulpverlening heeft. Om ontwenningverschijnselen te verzachten willen zij vaak wel medicatie. Na detentie gaan zij in de meeste gevallen weer door met het gebruik.

Doorverwijzing

Arrestanten zitten te kort in detentie om doorverwezen te kunnen worden naar ambulante of klinische zorg. Doorplaatsingen naar een PPC vinden wel plaats. In ons casuonderzoek bevindt zich één arrestant die is doorgeplaatst naar een PPC. De reden hiervoor was dat er een kans bestond dat hij brand zou gaan stichten en het hierdoor veiliger was om hem op te nemen in een PPC. Er vindt bij arrestanten ook basiszorg in de vorm van gesprekken met de psycholoog plaats. Als gedetineerden zes weken blijven, kunnen er twee gesprekken worden gevoerd; vaak wordt in deze gesprekken alleen psycho-educatieve voorlichting gegeven. De rest is crisiswerk.

Nazorg

Arrestanten zijn vaak niet verzekerd tegen ziektekosten en als ze dit wel zijn, kunnen ze de eigen bijdrage of het eigen risico vaak niet betalen. Bij de meeste arrestanten die uit de PI komen, stopt alle in gang gezette zorg.

Samenwerking ketenpartners

Met verslavingszorg verloopt de samenwerking prima. Zij zijn goed bereikbaar en benaderbaar en leveren gemakkelijk informatie. Informatie van de huisarts is meestal binnen 24/48 uur beschikbaar. Samenwerking met ziekenhuizen en de psychiatrie verloopt moeizamer. Informatie laat soms een week op zich wachten. Dit duurt over het algemeen te lang omdat gedetineerden dan al weer weg zijn.

5 Forensische zorgtrajecten ISD-maatregel

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten over de forensische zorgtrajecten van gedetineerden met een ISD-maatregel. We geven eerst een beschrijving van de organisatie van het PMO op de drie onderzochte ISD-afdelingen. Vervolgens gaan we in op de indicatiestelling en de plaatsing (realisatie van de geïndiceerde zorg) tijdens de intra- en extramurale fase van de ISD-maatregel. Tot slot bespreken we de samenwerking tussen de verschillende partners in het hele proces.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd op het casusonderzoek (digitale enquêtes onder psychologen en telefonische interviews onder casemanagers en psychologen) en de interviews met de leden van het PMO en de regiopsychologen. We refereren aan resultaten die in de groepsinterviews met het PMO voorafgaand aan het casusonderzoek genoemd zijn als 'door het PMO is aangegeven', waarbij we onderscheid maken tussen één, meerdere (meer dan één) of alle PMO's. Omdat het om groepsinterviews gaat, kunnen we niet precies aangeven hoeveel respondenten iets genoemd hebben. De terugkoppelinterviews hebben in de meeste PI's alleen plaatsgevonden met de psychologen. Als we in de tekst 'de psychologen' gebruiken heeft dit betrekking op de uitkomsten van die interviews. Als we in de tekst aangeven dat de psychologen iets 'vaak' genoemd hebben, dan bedoelen we hiermee dat dit meerdere keren (meer dan één keer) voorkomt in de ervaring van de psychologen. Het gaat niet om incidenten maar het is ook niet iets wat altijd door iedereen ervaren wordt.

In bijlage 7 is een overzicht opgenomen van de ISD-casussen waarin de belangrijkste stappen in het proces zijn weergegeven.

5.1 Het PMO

Organisatie PMO

In de ISD-PMO's hebben psychologen, de arts, verpleegkundigen en eventueel een psychiater zitting. Op één ISD-afdeling schuiven hiernaast casemanagers aan⁵¹. Net als bij de gedetineerden met preventieve hechtenis of gevangenisstraf, heeft de psycholoog in een PMO een coördinerende rol.

ISD'ers worden in principe altijd besproken in het PMO; zij staan tot zij in de extramurale fase uitgeplaatst worden meerdere keren op de agenda van het PMO. Wanneer ISD'ers op de afdeling psychische en/of psychiatrische problematiek ontwikkelen, kunnen de afdelingen dit rechtstreeks melden aan het PMO. Dit gaat buiten de medische dienst om.

Per PMO worden 10 tot 15 gedetineerden besproken. De PMO's geven aan dat het bespreken van ISD'ers meer tijd kost dan het bespreken van preventief gehechten of afgestraften. Op basis van

Noot 51 Dit is niet conform de afspraken. In het PMO wordt medische informatie gedeeld. Hiervoor is een BIG-registratie vereist. Casemanagers zijn niet BIG geregistreerd.

het aantal gedetineerden dat besproken wordt en de duur van het PMO komen we uit op een gemiddelde bespreking van 6 minuten per casus (in vergelijking met gemiddeld 3 minuten bij preventief gehechten of afgestraften). Meestal lukt het de PMO's om alle ISD'ers op de agenda van het PMO binnen de duur van het PMO te bespreken.

Omdat alle ISD'ers besproken worden in het PMO is er eigenlijk geen sprake van een verwijzing naar het PMO in tegenstelling tot de gedetineerden in hoofdstuk 4.

Andere overleggen waar de zorgvraag en indicatie voor forensische zorg worden besproken

Op de drie onderzochte ISD-afdelingen is er een apart nazorgoverleg. PI's noemen dit het casuoverleg of het trajectbepalingsoverleg. De deelnemers aan dit overleg verschillen per PI. In sommige PI's zijn alleen het afdelingshoofd ISD, de casemanagers en de psychologen aanwezig. In andere PI's is het nazorgoverleg een groot overleg waar wel 35 man bij kunnen aanschuiven: naast interne medewerkers als de psycholoog en de casemanager ook ketenpartners als Reclassering, NIFP/IFZ en de politie. ISD'ers worden tijdens dit overleg uitgebreid besproken. Meestal duurt dit overleg 2 uur.

5.2 Indicatiestelling door PMO

5.2.1 Informatie op basis waarvan het PMO besluit welke zorg gewenst is

De ISD-PMO's geven aan dat de problematiek van ISD'ers bij binnenkomst vaak al bekend is, de meeste ISD'ers hebben namelijk een behoorlijk dossier. Ook komt het vaak voor dat het PMO ISD'ers vanuit eerder opgelegde straffen en/of maatregelen kent. In de dossiers bevindt zich meestal een uitgebreid reclasseringsrapport. Dit rapport wordt vaak door de rechtbank opgevraagd voorafgaand aan de ISD-zitting. Het is afhankelijk van de omvang en kwaliteit van de rapportages of er voldoende informatie in staat voor het bepalen van de zorgvraag of dat aanvullende diagnostiek nodig is. Naast de reclasseringsrapportage wordt op basis van het dossier, de diagnose, het intelligentieniveau en de motivatie van de gedetineerde bepaald welke zorg er geïndiceerd gaat worden.

Na binnenkomst vindt er altijd een psychologische screening plaats en een screening door een verpleegkundige. Bij veel ISD'ers is sprake van LVB. Standaard worden daarom op alle onderzochte ISD-afdelingen vrijwel direct na binnenkomst intelligentietesten of een screening van LVB afgenomen. De regiopsychologen weten niet of dit het landelijk beeld is. Voor aanvullende of verdiepingsdiagnostiek is volgens de PMO's weinig capaciteit. Welke verdiepingsdiagnostiek mogelijk is, is afhankelijk van de caseload van de psychologen. Op één van de drie onderzochte ISD-afdelingen lukt het nooit om aanvullende diagnostiek uit te voeren, als dit nodig is vindt dit in de klinieken plaats.

De psychologen betrekken tevens informatie van de casemanagers bij hun besluitvorming. Omdat casemanagers veel contact hebben met de gedetineerden, worden zij als nuttige informatiebron beschouwd.

Op ISD-vrouwenafdelingen wordt op de inkomstenafdeling - afhankelijk van het verhaal van de gedetineerde - specifiek gevraagd naar typische vrouwenproblematiek zoals snijden, suïcide, prostitutie (en eventueel geslachtsziekten) en zwangerschap. In tegenstelling tot mannen willen vrouwen over het algemeen graag over hun zorgen en problemen praten. Zij maken zich vaak

zorgen over de kinderen die zij 'buiten' achterlaten. De medische dienst informeert ook altijd naar kinderen. Als daar aanleiding voor is, schakelt het PMO het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) in. De regiopsychologen merken op dat ISD-vrouwen sterk verschillen van ISD-mannen. De doelgroep is in aantal beperkt, heeft andere kenmerken en er wordt een andere aanpak ingezet.

5.2.2 Indicaties/criteria geïndiceerde zorg

Eerst geïndiceerde zorg

Uit de interviews met de leden van de PMO's blijkt dat meeste onderzochte ISD-afdelingen insteken op een klinische plaatsing in de extramurale fase. Als daar aanleiding voor is, kan ook ambulante zorg in de PI worden gerealiseerd. Indicaties voor beschermd wonen worden bij ISD'ers slechts in beperkte mate afgegeven.

In het casuonderzoek wordt dit beeld bevestigd, zie tabel 5.1.⁵² In de meerderheid van de casussen is naar klinische zorg buiten de gevangenis verwezen en in enkele casussen ambulante zorg en beschermd wonen geïndiceerd.

Tabel 5.1 Eerst geïndiceerde zorg in het casuonderzoek

Eerst geïndiceerde zorg	Totaal
Basiszorg	0
Klinische zorg buiten gevangenis	20
Beschermd wonen + eventueel ambulante zorg	2
EZV + eventueel ambulante zorg	0
PPC	0
Ambulante zorg	3
Geen	1
Totaal	26

In het casuonderzoek vroegen we de psychologen om per casus aan te geven welke indicaties/criteria een rol speelden bij het indiceren voor de verschillende typen zorg in de extramurale fase.

Alle ISD'ers krijgen in de eerste fase van hun maatregel basiszorg. Geen van de ISD'ers is op de EZV geplaatst. De criteria voor alle vormen van zorg worden hieronder besproken. Op basis van de interviews met de leden van het PMO lichten we de antwoorden toe en vullen ze aan.

Criteria ambulante zorg

In drie van de onderzochte ISD-casussen is ambulante zorg tijdens de intramurale fase geïndiceerd. Als een klinische plaatsing is afgebroken, wordt ambulante zorg vaak ingezet, ook ter

Noot 52 De tabel gaat uit van wat de psychologen in de enquête als eerste indicatie in de extramurale fase invulden. Dit komt niet altijd overeen met de informatie van de casemanagers. Uit de informatie van de casemanagers bleek bijvoorbeeld dat beschermd wonen pas in een later stadium is geïndiceerd.

voorbereiding van een nieuwe klinische plaatsing. Ambulante zorg wordt ook ingezet als de ISD-er geen klinische plaatsing wil of in het verleden al meerdere klinische plaatsingen heeft gehad. Hiernaast komt het voor dat in de extramurale fase beschermd wonen met ambulante zorg wordt geïndiceerd.

De psychologen noemen in de enquête als criteria voor aanvullende ambulante zorg (in de PI) (zie tabel 5.2) naast doorzorg ook dat het aanbod van een externe aanbieder binnen de PI aanwezig moet zijn en het ambulante traject in extramurale fase of na de maatregel kan worden gecontinueerd.

Tabel 5.2

Criteria ambulante zorg	Totaal (n=3)
Binnen PI is aanbod van externe aanbieder beschikbaar	2
Ambulante behandeling is nodig als doorzorg	2
Het ambulante traject kan buiten detentie worden gecontinueerd	2

Criteria PPC

Geen van de onderzochte ISD'ers werd in een PPC geplaatst. Uit de interviews met de psychologen blijkt dat PPC-plaatsingen wel kunnen voorkomen bij ISD'ers, bijvoorbeeld als er sprake is van psychische onregelmatigheid en stabilisatie nodig is. De voorkeur wordt echter gegeven aan een klinische plaatsing, omdat re-integratie vanuit een kliniek makkelijker is dan vanuit een PPC. Ook als dwangmedicatie nodig is, wordt een gedetineerde overgeplaatst naar een PPC. Dit is namelijk niet mogelijk in een PI.

Criteria klinische zorg

De indicatie voor klinische zorg werd 20 keer in het casusonderzoek afgegeven. Uit de enquête onder de psychologen blijkt dat de locatie of plaats van de aanbieder een belangrijke rol speelt bij het besluit om te plaatsen in de klinische zorg. In de interviews lichten zij toe dat een gunstige locatie de resocialisatie kan bespoedigen. Nabijheid is één van de criteria waarbij in de matching door NIFP/IFZ op basis van IFZO rekening wordt gehouden. Meerdere psychologen geven aan dat zij geen kliniek kunnen kiezen als ze de indicatie aanvragen, maar als zij een specifieke kliniek voor ogen hebben, gebeurt het dat zij hun indicaties daar naartoe schrijven. Alle psychologen geven verder aan dat de zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek vaak een rol speelt bij de beslissing om naar klinische opname/behandeling te verwijzen. Hiernaast houden zij vaak rekening met het type delict. Als een gedetineerde een geweldsdelict heeft gepleegd, dan wordt bijvoorbeeld toegeschreven naar een kliniek waar agressiebehandelingen worden gegeven. Ook strafresistant, akkoord van OM met plaatsing en het gegeven dat de ISD-er eerder zorg had bij de aanbieder worden als indicaties genoemd.

Uit de interviews komt verder naar voren dat het vaak lastig is om vrouwen klinisch te plaatsen. Bij de klinische behandeling wordt vaak onvoldoende rekening gehouden met vrouwen. Bovendien is de behandeling onvoldoende ingesteld op vrouwenproblematiek en is er vaak sprake van een scheve verdeling tussen het aantal mannen en vrouwen. Het duurt daarom volgens het PMO langer om een geschikte plek voor vrouwen te vinden.

Tabel 5.3

Criteria klinische zorg	ISD'ers (n=20)
Locatie/plaats aanbieder	10
Zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek vraagt om klinische opname/behandeling	8
Type delict	7
Strafrestant laat plaatsing in GGZ toe	2
OM gaat akkoord met plaatsing in GGZ	2
Gedetineerde had eerder zorg van aanbieder	2

Criteria beschermd wonen

Uit de interviews met twee van de drie PMO's kwam naar voren dat indicaties voor beschermd wonen bij ISD'ers vaak niet worden aangevraagd, omdat men weet dat de wachttijden te lang zijn en omdat de verwachting is dat instellingen gedetineerden zullen weigeren. In het casuonderzoek bevinden zich twee ISD'ers die een indicatie voor beschermd wonen kregen. De eerste kreeg deze indicatie, omdat er begeleiding en behandeling nodig was, maar hij niet gemotiveerd was voor klinische behandeling. Naar een instelling voor beschermd wonen wilde hij wel. De andere gedetineerde werd na afronding van de eerste fase overgeplaatst naar een instelling voor beschermd wonen, omdat gezien de zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek begeleiding (onder andere bij dagbesteding) en behandeling nodig waren.

Tabel 5.4

Criteria beschermd wonen	ISD (n=2)
Begeleiding/behandeling nodig	2
Zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek	1
Begeleiding bij dagbesteding nodig	1
Anders, namelijk ⁵³	1

5.2.3 (Dominante) zorgvraag ISD-er en diagnose

Zorgvraag gedetineerde

Ruim twee derde van de 26 door ons onderzochte ISD'ers had zelf een zorgvraag. Uit het casuonderzoek en uit alle interviews met de psychologen blijkt motivatie een belangrijke factor te zijn om te bepalen welke zorg geïndiceerd wordt. In meerdere casussen is een indicatie voor een FVA of FPA aangevraagd, terwijl de psychologen een FVK of FPK meer passend vinden. Er wordt dan meegegaan met de motivatie van de ISD-er, hoewel de psychologen de verwachting hebben dat het traject op de FVA of FPA zal worden afgebroken. Als dit vervolgens inderdaad het geval is, hebben de psychologen munitie in handen om de ISD-er te motiveren voor een FVK of FPK. De

Noot 53 Gedetineerde was geheel niet gemotiveerd voor klinische behandeling, maar wel voor beschermd wonen.

psychologen geven de ISD'er soms ook het voordeel van de twijfel: Als hij gemotiveerd is, lukt het (deze keer) misschien wel om het traject af te maken.

Diagnose

In tabel 5.5 staat onder welke DBBC-hoofdgroep de problematiek van de onderzochte casussen volgens de psychologen valt. Ten opzichte van preventief gehechten en reguliere afgestraften, is er bij ISD een minder divers beeld. Verslaving komt in de onderzochte casussen het vaakst voor, gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperking. Bij twee derde van de onderzochte ISD'ers is sprake van meervoudige problematiek. In acht onderzochte casussen gaat het zelfs om drievoudige problematiek: verslaving, persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperking.

Tabel 5.5 Diagnose (of DB(B)C-hoofdgroep)⁵⁴

Diagnose	ISD (n=26)
verslaving (alle middelen)	21
persoonlijkheidsstoornissen (As 2)	16
verstandige vermogens justitiabele	13
aan een middel gebonden stoornissen	3
schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2
anders, namelijk ⁵⁵	1

Dominante zorgvraag

Alle geïnterviewde PMO's geven aan dat zij eerst afwegen of een gedetineerde eerst behandeld moet worden voor verslaving of voor psychiatrische problematiek. Afhankelijk hiervan wordt de keuze gemaakt voor een verslavingskliniek of een psychiatrische kliniek. Meestal kiezen zij ervoor om verslavingsproblematiek als eerste aan te pakken.

Uit tabel 5.6 blijkt dat de dominante zorg – dit wil zeggen de zorgvraag die ten tijde van de eerste indicatie als eerste aandacht behoeft – vooral verslavingsproblematiek is. Dit is in ruim driekwart van de casussen het geval.

Tabel 5.6 Dominante zorgvraag⁵⁶

Dominante zorgvraag	Totaal (n=26)
Verslaving	20
Psychiatrische problematiek	4
(L)VB	3
Persoonlijkheidsproblematiek	3

Noot 54 Meerdere antwoorden mogelijk.

Noot 55 Kleptomanie.

Noot 56 Meerdere antwoorden mogelijk.

5.3 Plaatsing (vormgeving zorgtrajecten tijdens ISD-maatregel)

In het casusoverzicht van de ISD'ers (bijlage 7) is af te lezen hoe invulling is gegeven aan de forensische zorgtrajecten van de ISD'ers in de extramurale fase. Uit het casusoverzicht blijkt dat de invulling van de forensische zorgtrajecten van de ISD'ers heel verschillend is. Ook valt op dat ze regelmatig teruggeplaatst worden naar de PI.

Bij ISD'ers wordt in principe uitgegaan van een plaatsing in de GGZ in de extramurale fase, behalve als dit niet lukt, bijvoorbeeld vanwege een gebrek aan motivatie van de gedetineerde. Er worden dan binnen de ISD-periode maatregelen en activiteiten ingezet om de resocialisatie voor te bereiden (onder andere gedragsinterventies als COVA). Daarnaast valt het op dat er relatief weinig overbruggingszorg is ingezet. Hiervoor zijn twee mogelijke redenen:

- Alle ISD'ers krijgen basiszorg, overbruggingszorg is daarom niet nodig.
- De geïnterviewde casemanagers weten niet of de basiszorg die wordt ingezet als overbruggingszorg wordt ingezet.
- Psychologen geven aan vanwege de caseload vaak onvoldoende tijd te hebben om overbruggingszorg in te zetten.

Voor alle 26 onderzochte ISD-casussen zijn één of meerdere pogingen gedaan om ze extramuraal te plaatsen. In totaal gaat het om 41 pogingen tot plaatsing (zie het casusoverzicht in bijlage 7). 26 van de 41 plaatsingspogingen leidden tot een geslaagde plaatsing. In het kader beschrijven we enkele casussen van geslaagde plaatsingen van ISD'ers.

Casusbeschrijvingen geslaagde plaatsingen van ISD'ers

- 1 ISD'er had psychiatrische problematiek en werd geïndiceerd voor een FPA. Plaatsing is gerealiseerd, behandeling verloopt goed.
- 2 ISD'er werd wegens verslavingsproblematiek geïndiceerd voor een FVK. De behandeling is na 8 maanden succesvol afgerond. Er volgde een indicatie voor een FVA. Ook hier verliep de behandeling naar wens. Vervolgens is hij in een instelling voor beschermd wonen geplaatst en volgt hier een huisvestingstraject.
- 3 ISD'er is wegens verslavingsproblematiek geïndiceerd voor klinische zorg. Plaatsing is gerealiseerd. De behandeling verloopt goed: hij is nog steeds clean en heeft toekomstplannen.

Zes casussen staan op een wachtlijst (vier voor klinische zorg en twee voor beschermd wonen). Negen plaatsingspogingen zijn niet gelukt, meestal omdat klinieken weigerden uit angst dat ze de problematiek niet aankonden of omdat er geen plek was in de geïndiceerde kliniek.

Mate waarin zorgtrajecten worden afgebroken

Alle geïnterviewde psychologen geven aan dat het relatief vaak voorkomt dat ISD'ers terug komen uit de kliniek (vaak vanwege verslavingsproblematiek) met een time-out⁵⁷ of een definitieve

Noot 57 De gedetineerde komt in dit geval voor 14 dagen terug naar de PI, omdat hij niet (meer) gemotiveerd is, weigert samen te werken en/of zich niet conformeert aan de regels en afspraken van de zorgaanbieder.

terugplaatsing. In de PI moet men de gedetineerde weer motiveren voor een behandeling in de kliniek. Aggressie betekent eigenlijk altijd terugplaatsing.

De psychogen noemen de volgende redenen voor terugplaatsingen van ISD'ers uit klinieken:

- gedetineerde recidiveert in de kliniek;
- de kliniek blijkt toch niet geschikt te zijn, bijvoorbeeld omdat de mate van beveiliging niet past bij de structuur die de gedetineerde nodig heeft;
- gedetineerde wil zelf niet blijven;
- gedetineerde houdt zich niet aan de regels.

Alle psychologen geven verder aan dat er van alle ISD'ers maar een klein groepje is waarbij het 2-jarige traject daadwerkelijk slaagt, waarmee ze bedoelen dat de ISD'ers via de extramuraal fase resocialiseren en de maatregel eindigt. ISD'ers vormen een lastige doelgroep, waarbij zorgtrajecten vaak worden afgebroken. Er komt vooral vaak terugval in (verslavings)problematiek voor. In enkele casussen is er gebruik gemaakt van het on hold zetten van een traject voor 2 à 3 maanden, waarna de ISD'er wordt teruggeplaatst in de kliniek. In die periode wordt ingezet op motivatie. Dit is langer dan een time-outperiode.

In onderstaande tabel staat het resultaat van de 26 geslaagde plaatsingspogingen.⁵⁸

Tabel 5.7

Resultaat plaatsingspoging	Aantal (n=26)
Afgesloten wegens succesvolle beëindiging behandeling	3
Afgesloten wegens terugplaatsing naar PI	12
Traject nog bezig: succesvol verloop	7
Traject nog bezig: met één of meerdere time-outs	7

Van de 26 geslaagde plaatsingspogingen uit ons casuonderzoek werd bij drie de behandeling succesvol beëindigd. We bedoelen hiermee dat er geen time-outs geweest zijn en dat de behandeling niet vroegtijdig werd afgebroken.

Bij 14 van de 26 geslaagde plaatsingspogingen loopt de behandeling nog op het moment van het onderzoek. Bij zeven hiervan loopt het traject succesvol; gedetineerde is niet teruggeplaatst en er zijn geen time-outs geweest. Uit de interviews blijkt dat de volgende factoren samenhangen met een succesvol verloop van de behandeling: de snelheid waarmee geplaatst wordt (als plaatsing te lang duurt verliezen gedetineerden hun motivatie), de overdracht en de communicatie tussen de psychologen in de PI en de kliniek. Bij de andere zeven plaatsingen zijn er één of meerdere time-

Noot 58 Bij sommige plaatsingspogingen is sprake van meerdere time-outs. Ook komt het voor dat er een time-out vooraf gaat aan een definitieve terugplaatsing. Dit is de reden dat de aantallen in de tabel niet optellen tot het aantal onderzochte casussen (n=26).

outs geweest, vanwege het ontvluchten van de kliniek, agressie tegen personeel, passief gedrag, intimiderend gedrag en terugval in verslaving.

Bij twaalf van de 26 plaatsingspogingen werd het traject afgebroken. In een aantal gevallen ging er een time-out aan vooraf. Als voornaamste redenen voor het afbreken van het traject kwamen naar voren: agressief gedrag (4x), het niet meer gemotiveerd zijn (3x) en ongeoorloofde afwezigheid uit kliniek, eventueel met terugval in middelengebruik (3x). Ook werden intimiderend en passief gedrag genoemd en kwam het voor dat een gedetineerde weer delicten had gepleegd.

In het kader beschrijven we enkele afgebroken trajecten.

Casusbeschrijvingen van ISD-trajecten waarin de extramurale fase is afgebroken

- 1 Een verslaafde man is na een ontvluchting overgeplaatst vanuit een ISD-afdeling van een andere PI. In de extramurale fase zou hij geplaatst worden in een FPA. Door het eerste FPA werd hij geweigerd, omdat ze de problematiek te zwaar vonden. Het is vervolgens gelukt om hem in een andere FPA te plaatsen, maar hij is twee keer ongeoorloofd afwezig geweest. Hij is ten tijde van het onderzoek terug in de ISD met een time-out. Het is nog niet duidelijk of hij terug kan naar de kliniek. Eigenlijk zou hij de indicatie FPK moeten krijgen, maar dat wil hij niet. Zijn ISD loopt inmiddels een jaar.
- 2 En zeer verwaarloosde, verslaafde man zit in de vijfde maand van de ISD-maatregel. In de extramurale fase is hij geplaatst in een FPA. Door terugval in verslaving heeft hij een time-out gehad. Bij terugkomst in de kliniek heeft hij zich tot twee keer toe agressief uitgelaten tegen het personeel en is hij vervolgens definitief teruggeplaatst in de ISD. Vervolgens is in de ISD een aanvullende ambulante zorg ingezet op het reguleren van agressie. Dit traject is naar wens verlopen. Hij kon daarna weer worden teruggeplaatst in de kliniek. De klinische zorg loopt, er zijn tot nu toe geen meldingen van druggebruik en/of agressie. Na de ISD-maatregel wordt deze gedetineerde geïndiceerd voor beschermd wonen.
- 3 Een verslaafde man zit in de vijfde maand van de ISD-maatregel zit. Hij werd geïndiceerd voor een FVK. Plaatsing in de FVK is gerealiseerd, maar hij voelde zich hier niet op zijn plek. Er is vervolgens een FVA overwogen, maar ISD-er bleef uiteindelijk toch in de FVK. Nadat hij agressief gedrag vertoonde naar het personeel, werd hij definitief teruggeplaatst naar de ISD. Vervolgens is er een indicatie voor een FVA gesteld. Plaatsing kon niet worden gerealiseerd, omdat er geen plek was in de FVA. In de tussentijd verbleef de ISD-er intramuraal. Er is toen een nieuwe indicatie voor een andere FVA gesteld. De plaatsing is gerealiseerd, maar de ISD-er gedroeg zich weer agressief en werd definitief teruggeplaatst. Vervolgens is er een indicatie voor beschermd wonen afgegeven.

5.4 Aansluitende zorg voor en na ISD

Zorg voor detentie

Uit het casusonderzoek blijkt dat 19 van de 26 ISD'ers (een combinatie van) GGZ- of verslavingszorg hadden voorafgaand aan de ISD-maatregel (zie tabel 5.8). Geen van hen had verstandelijk gehandicaptenzorg. Bijna twee derde van hen krijgt ook tijdens de ISD-maatregel (deels) vergelijkbare zorg geïndiceerd.

Tabel 5.8

Zorg voor ISD⁵⁹

Zorg voor detentie	Totaal (n=26)
Nee	3
Ja, van GGZ	10
Ja, van verslavingszorg	13
Ja, van verstandelijk gehandicaptenzorg	0
Onbekend	4
Totaal	26

Aansluitende zorg na ISD-maatregel

Uit de interviews met de ISD-PMO's komt naar voren dat het realiseren van aansluitende zorg op de ISD-maatregel relatief goed gaat als gedetineerden een woning hebben en daar naar toe kunnen na afloop van de maatregel. ISD'ers die geen woning hebben, worden door Veiligheidshuizen vaak na afloop van de maatregel doorverwezen naar de maatschappelijke opvang (MO). Omdat de maatschappelijke opvang zelden geschikt is voor deze doelgroep, blijft de kans op terugval in middelengebruik en/of recidive groot.

Veel ISD'ers hebben na het beëindigen van de maatregel toezicht en begeleiding nodig. Zij zijn er nog niet aan toe om zelfstandig te wonen. Om te voorkomen dat ISD'ers na de maatregel in de maatschappelijke opvang belanden, laten casemanagers hen toch vaak op zelfstandige woonruimte reageren. Als er na afloop van de kliniek geen eigen woning, vervolgekliniek of instelling voor beschermd wonen is, valt alle zorg vaak weg.

In bijna de helft van de onderzochte casussen is al bekend dat er vervolgzorg nodig is, zie tabel 5.9. In de meeste gevallen betreft de vervolgzorg beschermd wonen en klinische zorg.

Tabel 5.9

Vervolgzorg

Vervolgzorg nodig	ISD (n=26)
Ja	12
Nee	1
(nog) niet bekend	13
Totaal	26

5.4.1 Doorlooptijden

De psychologen geven in de interviews aan dat de meeste ISD'ers ongeveer drie tot zes maanden na binnenkomst extramuraal geplaatst zijn. De doorlooptijd is afhankelijk van de motivatie van een gedetineerde en de wachtlijsten die er op dat moment zijn.

Noot 59 Meerdere antwoorden mogelijk.

Klinische zorg

De psychologen beoordelen de wachttijden voor klinische zorg verschillend. In de ene PI is men van mening dat ISD'ers te lang op een klinische plek moeten wachten. In de andere PI ervaart men de wachttijden over het algemeen als acceptabel. Er zijn duidelijk regionale verschillen in wachttijden tussen instellingen, maar ook in de mate waarin ISD'ers geaccepteerd worden of zelfs voorrang krijgen.

Beschermd wonen

Volgens alle geïnterviewde psychologen zijn de wachtlijsten voor instellingen voor beschermd wonen over het algemeen te lang. Een half jaar wachttijd is niet uitzonderlijk. Naast de lange wachttijd lukt het vaak niet eens om gedetineerden te plaatsen in beschermd wonen, omdat de instellingen ISD'ers weigeren uit angst dat ze de problematiek niet aankunnen.

5.4.2 Samenwerking

Interne samenwerking

Op alle onderzochte ISD-afdelingen verloopt de samenwerking tussen psychologen en casemanagers naar wens. Psychologen informeren de casemanagers op zijn minst op hoofdlijnen. Soms is er onderling sprake van verschillende visies op hoeveel er ingezet wordt op een gedetineerde en hoe vaak geprobeerd wordt om een gedetineerde extramuraal te plaatsen. Over het algemeen komt men hier samen uit.

Klinische zorg

De psychologen van één door ons onderzochte ISD-afdeling geven in de interviews aan dat zij geen problemen ondervinden bij het plaatsen in de GGZ. Er is goed contact met de GGZ, er zijn korte lijnen. Wel wordt de plaatsingsprocedure als zeer tijdrovend ervaren. Op een andere onderzochte ISD-afdeling zijn er minder goede contacten en verloopt het plaatsen moeizamer. De psychologen komen in de samenwerking met klinieken de volgende knelpunten tegen:

- Klinieken houden zich niet aan afspraken over beveiliging en verlof.
- Psychologen krijgen weinig informatie teruggekoppeld over het verloop van de behandeling in de kliniek.
- Bij een time-out is vaak alleen de reden van de time-out bekend. Informatie over de relatie tussen de time-out en de behandeling ontbreekt. Dit komt doordat de casemanager vaak als contactpersoon optreedt in de communicatie met de kliniek. Casemanagers zijn niet BIG-geregistreerd. Klinieken mogen hierdoor geen medische informatie aan casemanagers verstrekken.
- Personeel in sommige klinieken is niet toegerust voor de zware doelgroep van ISD'ers.
- Soepelheid van het beleid bij het overtreden van regels verschilt per kliniek.

Deze knelpunten zijn vergelijkbaar met de knelpunten bij gedetineerden en worden in hoofdstuk 6 verder toegelicht.

Ambulante zorg

Uit het onderzoek blijkt dat de samenwerking met aanbieders van ambulante zorg per ISD-afdeling verschillend wordt beoordeeld. Op twee onderzochte ISD-afdelingen zijn goede contacten met vaste aanbieders en verloopt de samenwerking goed. Op één onderzochte ISD-afdeling heeft de

vaste externe aanbieder momenteel geen capaciteit beschikbaar om tijdens de intramurale fase ambulante zorg aan de ISD'ers te geven. Verder ervaren inrichtingspsychologen het als een knelpunt dat zij de systemen van de externe psychologen niet kunnen raadplegen.

Beschermd wonen

De psychologen geven aan dat plaatsingen in instellingen voor beschermd wonen voor ISD'ers moeilijk te realiseren zijn. De wachttijden zijn lang en instellingen weigeren ISD'ers vaak, bijvoorbeeld omdat ze verslaafd zijn en omdat er al teveel verslaafden in de instelling zijn. Het komt ook voor dat instellingen alleen cliënten opnemen die doorstromen vanuit de eigen kliniek. Per instelling voor beschermd wonen is het beleid omtrent het gebruik van middelen anders. Sommige instellingen gedogen gereguleerd gebruik, bij andere is gebruik in zijn geheel niet toegestaan. Omdat veel ISD'ers verslavingsproblematiek hebben en regelmatig terugvallen in gebruik, kunnen zij alleen geplaatst worden in instellingen waar (gereguleerd) gebruik is toegestaan.

Reclassering

Bij ISD verloopt in de extramurale fase het contact tussen de klinieken en de PI grotendeels via een toezichthouder van de reclassering. Over het algemeen verloopt de samenwerking volgens de casemanagers naar wens. Wel komt het voor dat toezichthouders weinig ervaring hebben met ISD en dat casemanagers dan zelf veel moeten regelen, wat hen veel tijd kost.

6 Knel- en verbeterpunten en mogelijke oplossingen

In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen van de knel- en verbeterpunten die in het casusonderzoek en de interviews met de leden van de PMO's en regiopsychologen zijn benoemd. Sommige van deze knel- en verbeterpunten zijn al genoemd in hoofdstuk 4 (preventief gehechten, afgestraften en arrestanten) en 5 (ISD'ers) en worden hier verder toegelicht. In interviews met het PMO hebben we gevraagd naar mogelijke oplossingen die de respondenten voor de knel- en verbeterpunten zien. Het merendeel van de terugkoppelinterviews met het PMO heeft plaatsgevonden met de psychologen. De bevindingen in deze hoofdstukken geven vooral de mening van de psychologen weer. In het interview met de regiopsychologen hebben we de meest voorkomende knel- en verbeterpunten teruggekoppeld om te kijken of het beeld herkenbaar was voor alle regiopsychologen en de regio's waarin zij werkzaam zijn en we hebben ook gevraagd naar mogelijke oplossingen. De gepresenteerde mogelijke oplossingen in dit hoofdstuk zijn dus door meerdere respondenten genoemd.

6.1 Overzicht knel- en verbeterpunten

We hebben de knel- en verbeterpunten geordend volgens het niveau in het ketenproces waarop ze spelen en waar dus ook een mogelijke oplossing kan worden gerealiseerd.

Tabel 6.1 Overzicht van knel- of verbeterpunten.

Knel- of verbeterpunten

Strafrechtelijk kader

Onduidelijkheid over de mogelijkheid om tijdens preventieve hechtenis in de klinische zorg buiten gevangeniswezen te plaatsen

Strafrestant te kort of te lang om plaatsing in de klinische zorg (buiten PPC) te realiseren

Inzetten forensische zorg in combinatie met reclasseringsonderzoek en Pro Justitia onderzoek

Landelijk beleid

GGZ tenzij: verschillende interpretaties en haalbaarheid voor alle gedetineerden

Onduidelijkheid over de rollen en verantwoordelijkheden bij het bepalen van benodigde zorg in de laatste fase van detentie (D&R-plan)

Formatie PMO (psychologen) niet in relatie tot verhouding gedetineerden met psychiatrische, verslavings- of

LVB problematiek

Financieringsstromen

Gescheiden financieringsstromen voor zorg voor detentie, tijdens detentie en na detentie

Complexiteit indicatiesysteem en plaatsing (DForZo)

Complexiteit indicatiesysteem IFZO (administratieve belasting)

Aanbod in IFZO komt niet overeen met wat gecontracteerde aanbieders uiteindelijk leveren

Mismatch vraag forensische zorg en ingekocht aanbod

Indicaties voor DEMO door PMO

Regionaal zorgaanbod (beschikbaarheid en samenwerking)

Wachttijden

Tekort aan aanbod (met name van beschermd wonen)

Realiseren van aanvullende ambulante zorg in PI: tekorten en knelpunten

Samenwerking met klinieken en beschermd wonen

Samenwerking met reclassering

Samenwerking met DEMO

Organisatie forensische zorg binnen PI

Beperkte tijd voor het bespreken van gedetineerden tijdens PMO

Beperkte mogelijkheden voor diagnostiek

Ontbreken van informatie bij binnenkomst gedetineerden

Samenwerking PMO en casemanagers met betrekking tot zorg laatste fase detentie

6.2 Strafrechtelijk kader

Onduidelijkheid over de mogelijkheid om in klinische zorg te plaatsen tijdens preventieve hechtenis

Zoals in hoofdstuk 4 is aangegeven, wordt er tijdens de preventieve hechtenis bijna nooit geïndiceerd voor klinische zorg. Eén van de redenen die de geïnterviewde PMO's geven is dat het niet duidelijk is of het juridisch is toegestaan. Daarnaast blijkt uit de interviews dat ook BSF's hier niet op een zelfde manier mee omgaan. In het interview met de regiopsychologen werd aangegeven dat er vorig jaar een pilot is uitgevoerd waarbij het breder was toegestaan dan voorheen en in drie klinieken kon worden geplaatst. Op basis van de pilot zijn afspraken vastgesteld die ook na de pilot nog gelden. In de onderzochte PI's blijken deze afspraken niet bekend te zijn bij de respondenten. In het handboek forensische zorg is hier bijvoorbeeld niets over opgenomen. De aanname bij het merendeel van de geïnterviewde psychologen is dat plaatsing in een kliniek tijdens de voorlopige hechtenis niet mogelijk is, omdat nog niet duidelijk welk beveiligingsniveau de gedetineerde nodig heeft. Als een klinische plaatsing tijdens de preventieve hechtenis wordt overwogen is het volgens de regiopsychologen in elk geval nodig om met het OM te overleggen. Of je naar klinische zorg kan doorplaatsen is volgens de regiopsychologen ook afhankelijk van of er een Pro Justitia onderzoek loopt. Als er sprake is van een acute crisissituatie (bijvoorbeeld psychose) kan in overleg met het OM gekozen worden voor een klinische rapportage. Op die manier kan het stabiliseren van de acute problematiek en het onderzoek worden gecombineerd.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Communiceer duidelijk aan alle betrokken partijen (PI, BSF, NIFP/IFZ, GGZ) of en wanneer plaatsing in de klinische zorg tijdens de preventieve hechtenis mogelijk is.
- Plaats preventief gehechten eerst in een PPC en bereid van daaruit de plaatsing in de GGZ voor. Een PPC heeft meer mogelijkheden voor diagnostiek en onderzoek dan een PI en kan daarom een betere inschatting maken of plaatsing in de GGZ haalbaar is.

Duur van de strafrestant (te kort of te lang)

Bij een kort strafrestant is plaatsing in klinische zorg vaak niet haalbaar binnen de periode van de straf. Een behandelprogramma in een kliniek heeft een bepaalde duur; als het strafrestant korter is dan de duur van dit programma zal de kliniek de cliënt niet accepteren. Ook de wachttijden bij klinieken zorgen ervoor dat plaatsing in klinische zorg niet haalbaar is volgens de respondenten. De geïnterviewde psychologen vragen bij een kort strafrestant dan ook geen indicatie voor klinische zorg aan, ook niet als de gedetineerde hiervoor wel gemotiveerd is.

Bij een te lang strafrestant is plaatsing in klinische zorg nog niet mogelijk, omdat klinieken gedurende de behandeling toewerken naar meer vrijheden. Als het nog lange tijd duurt alvorens de gedetineerde verlofmogelijkheden heeft, dan past dit vaak niet binnen het programma van de klinische zorg, volgens de respondenten. De regiopsychologen geven daarnaast aan dat als iemand nog een lange gevangenisstraf uit moet zitten, er ook niet verwezen wordt naar de GGZ voor het stabiliseren van de problematiek. Dan wordt diegene in een PPC geplaatst. De overgang van een kliniek terug naar de PI na stabilisatie wordt dan door de gedetineerde als een stap terug gezien. Omdat het PPC onderdeel is van het gevangeniswezen speelt dit niet bij de terugplaatsing uit de PPC naar PI.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Bij een kort strafrestant inzetten van basiszorg GGZ in de PI. Dit kan snel en vraagt geen indicatie. In de basiszorg kunnen kortdurende behandeling en motiverende gesprekken worden ingezet als doorzorg. In het interview met de regiopsychologen werd genoemd dat bij een kort strafrestant tijdens detentie de nadruk moet komen te liggen op doorzorg.
- Eventueel ruimere mogelijkheden om de behandeling af te kunnen maken als de strafrechtelijke titel afgelopen is.

Inzetten van forensische zorg in combinatie met reclasseringsonderzoek en Pro Justitia onderzoek

Bij preventief gehechte gedetineerden in het HvB is de reclassering vaak bezig met het schrijven van een advies en is ook vaak het NIFP bezig met een Pro Justitia rapportage. Als dit het geval is, is het volgens de psychologen niet mogelijk om ambulante zorg in te zetten voor diagnostiek of behandeling. Uit het advies van de reclassering en het NIFP kan een (mogelijk verplicht) behandeladvies komen. De ingezette ambulante zorg kan in de beleving van de psychologen het advies en de rechtsgang doorkruisen. Daarom wordt vaak gewacht met het inzetten van ambulante zorg tot het vonnis er is. Wel is het nodig om basiszorg in te zetten voor stabilisatie van de problematiek. De regiopsychologen geven aan dat zij de voorkeur hebben om volgens de principes van Stepped Care wel al zorg in te zetten, beginnend met kortdurende interventies die met de rapporteur worden afgestemd.

6.3 Landelijk beleid

GGZ tenzij: verschillende interpretatie en haalbaarheid

Uit de interviews met de PMO's blijkt dat de psychologen in de PI's verschillend omgaan met het GGZ-tenzij uitgangspunt. Doorgaans gaan zij terughoudend om met dit uitgangspunt.

De geïnterviewde PMO's geven hiervoor de volgende redenen:

- Aanmeldprocedure is teveel (administratief) werk in relatie tot de ervaren slaagkans voor plaatsing.
- Lange wachttijden die negatieve invloed hebben op de behandelmotivatie en problematiek van de gedetineerden.
- Ervaringen uit het verleden waarbij plaatsingen door de BSF werden tegengehouden.
- De ervaring en indruk dat gedetineerden geweigerd worden door klinieken (na aanmelding door NIFP/IFZ) en de negatieve invloed daarvan op de behandelmotivatie van gedetineerden. Meerdere respondenten geven aan dat zij de indruk hebben dat sommige klinieken geen gedetineerden opnemen uit angst dat zij de problematiek niet aankunnen of dat de gedetineerde de groep ontwricht.
- Ontbreken van passend aanbod voor vrouwelijke gedetineerden in de klinieken (zoals niet passend bij de problematiek van de vrouwen, geen aanbod systeemgerichte interventies, scheve verdeling mannen en vrouwen binnen FPA en FPK).
- Ervaringen met afgebroken plaatsingen (gedetineerden worden regelmatig teruggeplaatst in de PI).
- De overtuiging dat forensische cliënten beter op hun plaats zijn in een PPC, zij hebben duidelijkheid nodig, de intrinsieke motivatie is vaak nog niet scherp in beeld, de behoefte aan structuur is groot.
- De indruk dat er onvoldoende expertise bij het personeel van de klinieken is om met de doelgroep van forensische cliënten om te gaan (dit geldt zeker voor ISD'ers) waardoor plaatsingen worden afgebroken.

In het interview met de regiopsychologen is aangegeven dat het principe GGZ-tenzij recentelijk is genuanceerd. Plaatsingen in de GGZ moeten mogelijk zijn, maar zijn niet verplicht. Dit was altijd al zo, maar werd verschillend geïnterpreteerd. De behandel noodzaak en -inhoud moeten voorop staan en niet de verplichting om de gedetineerde zo snel mogelijk in de GGZ te plaatsen. De regiopsychologen merken bovendien op dat de kennis van forensische zorg vooral binnen het gevangeniswezen aanwezig is (in PPC en bij inrichtingspsychologen). Uit afgebroken plaatsingen in de klinische zorg krijgen zij de indruk dat niet bij alle zorgaanbieders de juiste expertise, mogelijkheden en beveiliging aanwezig zijn om forensische cliënten goed te begeleiden en behandelen. De discussie die nu op beleidsniveau (directie gevangeniswezen) wordt gevoerd is hoe binnen detentie goede doorzorg gerealiseerd kan worden, zodat gedetineerden goed voorbereid en gemotiveerd zijn voor klinische zorg na detentie.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Breng de afspraken rond plaatsing in GGZ tijdens preventieve hechtenis onder de aandacht van alle PMO's.
- Duidelijke communicatie over dat op het moment dat een klinische plaatsing nodig is, gekeken moet worden of dit in de GGZ mogelijk is. Zo niet, dan plaatsing in een PPC (zoals dit nu in de handreiking Stepped Care is geformuleerd).
- Garandeer bij de inkoop van zorg dat klinieken voldoende plaatsen en expertise hebben voor forensische cliënten.
- Regel de doorzorg beter.

- Investeer nadrukkelijker in de basiszorg (interne zorg) binnen de PI's door de PMO's administratief te ontlasten.
- Verder en/of meer faciliteren en stimuleren van warme contacten tussen zorgaanbieders en PI's op basis van de gemaakte afspraken tussen NIFP, DforZo en GGZ in de pilot GGZ -tenzij (de gemaakte afspraken blijken in de praktijk niet overal te worden toegepast).

Onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden voor indicatie forensische zorg in laatste fase detentie

Casemanagers en reclassering (en het MDO) bepalen welke zorg een gedetineerde in de laatste fase nodig heeft ter voorbereiding op de periode na detentie. Uit de interviews met de PMO's blijkt dat de psycholoog en het PMO vaak te laat betrokken worden bij het bepalen van de zorgvraag en dan 'ineens' om een indicatie worden gevraagd. Hierdoor hebben psychologen soms het idee dat casemanagers op de stoel van de psycholoog gaan zitten. Er is dus onduidelijkheid over de rol en verantwoordelijkheid van de psycholoog (en PMO) voor de indicaties voor forensische zorg die in de laatste fase van de detentie in het kader van het D&R plan moeten worden gesteld.

Als er na detentie nog een voorwaardelijk kader is, is de reclassering verantwoordelijk voor de indicatiestelling in die periode na detentie. Zij kunnen geen indicaties aanvragen bij NIFP/IFZ voor justitiabelen die nog in detentie zitten. De regiopsychologen geven aan dat de reclassering formeel wel in een eerdere fase de indicatie voor na detentie kan aanvragen. Hier is in de praktijk onduidelijkheid over.

Meerdere psychologen geven aan dat zij het gevoel hebben een verlengstuk te zijn van de reclassering en/of de casemanagers. Zij worden gevraagd om een indicatie zonder overleg. Zij vinden dat ze geen indicatie kunnen afgeven als zij de gedetineerde en zijn of haar zorgvraag niet kennen. Ook komt het voor dat zij het niet eens zijn met de zorg die de andere betrokkenen willen inzetten. Als reden voor dit verschil van mening noemen meerdere psychologen en regiopsychologen dat in de laatste fase van detentie vooral gekeken wordt naar welke zorg nodig is om te voorkomen dat de gedetineerde recidiveert. De door het PMO geconstateerde zorg tijdens detentie is gericht op behandeling van stoornissen en problematiek en niet primair op het voorkomen van recidive. Het doel is stabilisatie, herstel en diagnostiek. Het is mogelijk dat een gedetineerde tijdens detentie geen zorgbehoefte heeft en de zorgvraag pas aan de orde komt of wordt geuit op het moment dat het einde van de detentie in zicht is en wordt gekeken wat nodig is om recidive te voorkomen. Ook komt het voor dat de opgelegde zorg in het vonnis niet meer in overeenstemming is met de zorgvraag van de gedetineerde.

De psychologen verschillen in hoe strikt zij hun rol in de laatste fase interpreteren. Sommige psychologen vinden dat zij alleen verantwoordelijk zijn voor de (indicaties) voor zorg binnen het gevangeniswezen. Andere psychologen gaan hier soepeler mee om.

In enkele van de onderzochte PI's is gezocht naar oplossingen voor dit probleem door middel van nazorgoverleggen. Aandachtspunten bij het inrichten van die overleggen zijn:

- Delen van informatie o.a. over diagnoses met niet BIG-geregistreerde professionals.
- Duidelijkheid over de rol en verantwoordelijkheid van de verschillende partners.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Eerder overleg tussen casemanagers, reclassering en PMO over de benodigde zorg, zodat tijdig (en eerder) aansluiting mogelijk is tussen zorg tijdens en na detentie.
- Breng de afspraken over de rol en verantwoordelijkheid van het PMO en de psycholoog voor het stellen van indicaties in de laatste fase detentie onder de aandacht.
- Leg voor alle ketenpartners (casemanagers, reclassering en PMO) vast welke informatie wel en niet onderling gedeeld mag worden.
- Beschrijf in de handreiking voor reclassering en casemanagers hoe psychologen eerder betrokken kunnen worden bij het bepalen van de zorg die nodig is in laatste fase detentie.
- Indien zorg in het vonnis is opgelegd voor het voorwaardelijk deel van de straf, is het wenselijk dat de reclassering in een eerder stadium een indicatie af kan geven voor de laatste fase van de detentie ter voorbereiding van de zorg na detentie.

Formatie PMO niet in verhouding tot de caseload en lastendruk

De formatie van het PMO staat volgens alle geïnterviewde PMO's niet in verhouding tot de caseload en lastendruk. Dit komt mede door de uitbreiding van het takenpakket van de psycholoog en psychiater. De coördinatie van zorg, de indicatiestelling en de daarbij horende administratieve lasten leiden er toe dat de psychologen minder en - volgens de meeste geïnterviewde psychologen - te weinig tijd overhouden voor de basiszorg. Enkele psychologen geven aan dat zij eigenlijk alleen een intakegesprek en een gesprek aan het einde van de detentie kunnen voeren. Volgens de regiopsychologen komen de psychologen in de PI nu onvoldoende toe aan het goed inzetten van behandeling en eventuele korte psychotherapeutische interventies, die op basis van het uitgangspunt gelijkwaardige GGZ binnen als buiten PI en Stepped Care wel geboden moet kunnen worden. Omdat zij zelf niet toekomen aan basiszorg, wordt soms voor kortdurende enkelvoudige interventies opgeschaald naar duurdere aanvullende ambulante zorg door externe behandelaren.

Alle psychologen geven aan dat zij naast het verwijzen naar zorg en het stellen van indicaties, ook zeer veel tijd kwijt zijn aan administratieve en coördinerende taken, die prima door een administratieve ondersteuner uitgevoerd kunnen worden. In enkele van de onderzochte PI's heeft het PMO (beperkte) administratieve ondersteuning, in andere is het ad hoc geregeld en in nog andere helemaal niet. De regiopsychologen merken hierover op dat er in principe administratieve ondersteuning beschikbaar zou moeten zijn, maar dat dit niet in alle PI's goed en structureel geregeld is. Psychologen zijn inderdaad teveel tijd kwijt met notuleren en administratie. Het invoeren van indicaties in IFZO kan volgens hen niet worden uitbesteed (zie ook 6.5 voor knelpunten IFZO). Hiervoor is namelijk psychologische kennis noodzakelijk, omdat diagnoses en zorgvragen moeten worden aangegeven en toegelicht.

Meerdere psychologen geven aan dat de formatie van het PMO en de functie van psycholoog gebaseerd zijn op de verhouding gedetineerden met problematiek van decennia terug. Volgens hen is het aantal gedetineerden dat wordt geplaatst in PI's de laatste jaren afgenomen, maar niet het aantal gedetineerden met problematiek dat zorg nodig heeft. De psychologen geven aan dat er, vergeleken met vroeger, naar verhouding zelfs meer gedetineerden zijn met ernstige psychiatrische en/of verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking. Daarbij is de normformatie voor alle bestemmingen (buiten ISD) hetzelfde, terwijl de verschillende differentiaties om een

verschillende inzet vragen. De regiopsychologen herkennen deze signalen. Momenteel kan de indruk van de psychologen niet goed met cijfers worden onderbouwd. Dit vergt extra inzet. De psychologen die betrokken zijn bij de ISD'ers ervaren daarnaast als belangrijk knelpunt dat de extramuraal geplaatste ISD'ers ook binnen hun caseload vallen en dat de directie hier niet altijd rekening mee houdt. Het aantal ISD'ers dat extramuraal is geplaatst, kan soms wel twee keer zo groot zijn als het aantal ISD'ers dat intramuraal zit. Ook extramuraal geplaatste ISD'ers kosten de psycholoog veel tijd. Uit het casuonderzoek bleek dat ISD'ers met grote regelmaat worden teruggeplaatst met een time-out en dat relatief veel plaatsingen worden afgebroken en er opnieuw moet worden geïndiceerd.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Realiseren van structurele secretariële/administratieve ondersteuning voor het PMO.
- Uitbreiding fte's van BIG-geregistreerde professionals (in relatie tot problematiek gedetineerden).
- Bij de capaciteit van ISD-psychologen rekening houden met het feit dat extramuraal geplaatste gedetineerden ook onder de caseload van de psycholoog vallen.

6.4 Financieringsstromen

Gescheiden financieringsstromen voor zorg voor detentie, tijdens detentie en na detentie

Meerdere respondenten benoemen de gescheiden financieringsstromen tussen enerzijds reguliere GGZ, verslavingszorg en gehandicaptenzorg en anderzijds forensische zorg als een knelpunt voor het realiseren van aansluitende zorgtrajecten. Gedetineerden die voorafgaand aan detentie zorg krijgen en waarbij de reguliere zorg niet kan doorlopen tijdens detentie, moeten opnieuw geïndiceerd worden. De bekostiging van de geïndiceerde zorg binnen het gevangeniswezen gebeurt door het ministerie VenJ en moet in principe geleverd worden door gecontracteerde aanbieders. Het is dan niet altijd mogelijk om de zorg bij dezelfde aanbieder tijdens de detentieperiode te regelen. Bij het verlaten van detentie moet de gedetineerde of een begeleidende organisatie - bij het ontbreken van een voorwaardelijk kader - opnieuw zelf een indicatie aanvragen om in aanmerking te komen voor vrijwillige zorg. Het zou volgens meerdere respondenten goed zijn als de zorg van voor detentie tijdens de detentieperiode gewoon door kan lopen. De behandelrelatie van de cliënt met zijn behandelaar wordt zo niet onderbroken. Ook is er dan meer garantie dat de gedetineerde ook na detentie de behandeling verder zet. Dit is nog nadrukkelijker aan de orde bij een kortdurende detentie. Zolang er gescheiden financieringsstromen zijn, zou het volgens de regiopsychologen mogelijk moeten zijn om tijdens de detentie vooral te werken aan doorzorg en de gedetineerde te motiveren om de zorg van voor de detentie ook bij het verlaten van de PI weer door te zetten.

De leden van het arrestanten-PMO noemen als specifiek knelpunt dat het merendeel van de arrestanten geen zorgverzekering heeft en dit ook niet wil en/of niet in staat is deze aan te vragen en aan te houden. De leden van het arrestanten-PMO geven aan hier geen oplossing voor te hebben. Behandeling en medicatie die tijdens detentie als basiszorg worden ingezet, stoppen bij het verlaten van de PI.

6.5 Complexiteit van het indicatiesysteem, inkoop en plaatsing

Complexiteit aanmeldingssysteem IFZO (administratieve belasting)

Psychologen geven aan dat zij IFZO een complex, tijdrovend en gebruiksonvriendelijk systeem vinden. Sommige psychologen vinden het zelfs ondoenlijk om mee te werken. Uit de interviews komen de volgende knelpunten naar voren:

- Psychologen kunnen hun verhaal niet goed kwijt in de aanklikvelden van IFZO. Hierdoor kan de BSF volgens hen geen goed beeld krijgen van wat er precies met een gedetineerde aan de hand is.
- Het is niet mogelijk om bijlagen mee te sturen.
- De aanmeldingsbrief moet worden omgezet in plaatsingsbrief, anders komt er geen financiering van de zorg.
- Het kost nieuwe psychologen veel tijd om zich het systeem eigen te maken.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Administratieve ondersteuning van het PMO waardoor psychologen meer tijd over hebben voor IFZO.
- Vereenvoudigen van het systeem en het beperken tot die velden die noodzakelijk zijn voor de indicatiestelling en match met het aanbod, in combinatie met de mogelijkheid om een bijlage toe te voegen.
- Invullen van IFZO bij NIFP/IFZ beleggen op basis van een verwijfsbrief met bijlagen van de psycholoog.

Aanbod in IFZO komt niet overeen met aanbod dat zorgaanbieders kunnen leveren

Meerdere respondenten melden dat niet alle zorgaanbieders hun aanbod u- to-date houden in IFZO. Hierdoor komt het aanbod in IFZO niet altijd overeen met het aanbod dat daadwerkelijk kan worden geleverd door de zorgaanbieders. Ook komt het voor dat specifieke behandelingen of behandelaren niet beschikbaar zijn of geen capaciteit beschikbaar hebben voor de forensische cliënten. De regiopsychologen herkennen dit beeld.

Genoemde oplossingen door respondenten

De volgende verbeteringen zijn genoemd:

- Actueel houden van zorgaanbod door zorgaanbieders.
- Uitvoeren van een kwaliteitscheck of de gecontracteerde zorg ook daadwerkelijk geboden wordt.

Mismatch tussen vraag en aanbod

Meerdere psychologen geven aan dat de gecontracteerde zorg niet altijd past bij de specifieke zorgvragen van individuele gedetineerden. Soms is er behoefte aan een specifieke behandeling of therapie die niet (in de regio) beschikbaar is. Bij de inkoop van zorg wordt volgens de psychologen teveel uitgegaan van het aanbod van de zorgaanbieders: wat kunnen zij bieden. Dit is volgens hen de basis waar vanuit IFZO de vraag van de gedetineerde wordt gematcht. Bij de jaarlijks consultatie van de PI's wordt volgens de psychologen slechts globaal in kaart gebracht wat nodig is en gaat men teveel uit van het landelijk ingekochte aanbod van de zorgaanbieders. Dit is niet altijd in overeenstemming met de individuele vraag van gedetineerden.

Alle PMO's en de regiopsychologen signaleren de volgende tekorten in het aanbod:

- geschikte plekken in beschermd wonen voor forensische cliënten;
- plekken met voldoende beveiliging en expertise voor forensische cliënten en specifiek ISD'ers in de klinische zorg (psychologen hebben de indruk dat veel klinieken gedetineerden weigeren en plaatsingen worden afgebroken);
- geschikte plekken voor vrouwelijke gedetineerden (beschermd wonen en klinische zorg);
- aanvullende ambulante zorg in het segment verstandelijke gehandicaptenzorg en verslavingszorg in sommige regio's.

Het tekort aan gecontracteerde specifieke zorg voor LVB'ers met psychiatrische problematiek en/of verslavingsproblematiek wordt op één onderzochte ISD-afdeling opgelost door deze met een rechterlijke machtiging te regelen bij een niet-gecontracteerde aanbieder.

In alle regio's komt het voor dat gecontracteerde zorgaanbieders aangemelde gedetineerden weigeren en de indruk is dat sommige aanbieders dit ook stelselmatig doen. Ook hier is eigenlijk sprake van een mismatch, omdat aanbieders de gecontracteerde zorg niet kunnen leveren. In het onderzoek is niet duidelijk geworden in welke mate dit stelselmatig aan het plaatsingsloket wordt gemeld. De respondenten hebben de indruk dat sommige klinieken geen gedetineerden opnemen uit angst dat zij de problematiek niet aankunnen of dat gedetineerden de groep ontwrichten. Ook geven respondenten aan dat de intake bij de GGZ niet meer vergoed wordt. Hierdoor wijzen klinieken gedetineerden eerder af, omdat het voor hen niet duidelijk is met wat voor gedetineerde ze te maken hebben. Dit maakt het lastig om een geschikte plek voor gedetineerden te vinden.

Daarnaast geven psychologen aan dat afspraken over beveiliging en verlop regelmatig door klinieken terzijde worden geschoven. Dit geldt zowel voor gedetineerden als ISD'ers. Forensische cliënten krijgen dan volgens de psychologen te snel teveel vrijheden. Feitelijk is hier dus ook sprake van een mismatch tussen vraag en aanbod (zie samenwerking met klinische zorg in 6.6). Verder verschilt de wijze waarop klinieken omgaan met het overtreden van regels. Dit wordt vooral als een knelpunt ervaren bij ISD. Een aantal klinieken geeft ISD'ers die de regels overtreden een tweede kans. Andere klinieken plaatsen hen meteen terug wanneer er regels overtreden worden.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Geoormerkte plekken vrijhouden voor gedetineerden. Nu komt het volgens de psychologen voor dat geoormerkte plekken door niet-gedetineerden gebruikt worden en klinieken vol zitten op het moment dat er een plek nodig is voor een gedetineerde.
- Kwaliteitscheck op de geleverde zorg.
- Controle en sturen op terugkoppeling door klinieken.
- Psychologen alleen de procedures van het verlopplan laten checken, de verantwoordelijkheid voor de inhoud bij de klinieken leggen.
- Meer vraaggestuurde zorginkoop.

Indicaties voor beschermd wonen

Sinds 1 januari 2014 worden de DEMO-instellingen aangemerkt als RIBW's en moeten aanmeldingen voor DEMO via IFZO. De geïnterviewde psychologen vinden dit niet terecht. DEMO-voorzieningen bieden volgens hen begeleiding bij het wonen, maar geen behandeling of

begeleiding bij psychiatrische, verslavings- of LVB problematiek zoals RIBW-instellingen bieden. De psychologen vinden het daarom niet relevant dat voor een indicatie voor een DEMO-voorziening in IFZO ook vragen beantwoord moeten worden over de persoonlijkheid van de gedetineerde. Ook wordt als knelpunt genoemd dat voorheen voor DEMO drie voorkeurslocaties ingevoerd konden worden, nu nog maar één. Als het niet lukt op de voorkeurslocatie, moet er opnieuw worden aangemeld. Hier kan vervolgens weer 4-6 maanden overheen gaan.

Genoemde oplossingen door respondenten

De volgende oplossingen zijn genoemd:

- Indicatie voor DEMO laten afgeven door een ketenpartner (om de werkdruk bij psychologen weg te nemen).
- De optie voor drie voorkeurslocaties opnieuw opnemen.
- Aanvullende ambulante zorg in de DEMO-voorziening indiceren om de continuïteit van zorg te garanderen.

6.6 Beschikbaarheid regionaal zorgaanbod en samenwerking

Wachlijsten

De wachttijd voor een klinische behandeling maar vooral voor beschermd wonen ervaren meerdere psychologen als te lang. Er is een groot tekort aan plaatsingscapaciteit bij zorginstanties voor deze specifieke doelgroep. Er is weinig doorloop: Cliënten die geplaatst zijn, blijven de zorg de rest van hun leven nodig hebben. (zie ook 6.5)

Ambulante zorg in PI

De psychologen geven aan dat het moeilijk is om aanvullende ambulante zorg in de PI te realiseren met nieuwe partners. Zij lopen daarbij tegen het volgende aan:

- Zorgaanbieders houden te weinig rekening met de kaders van de PI. Zij nemen bijvoorbeeld de regie op het zorgtraject, terwijl deze bij het PMO ligt. Dit kan tot gevolg hebben dat gedetineerden niet meer mee willen werken en afhaken of dat er bij de gedetineerde zaken worden losgemaakt die voor problemen zorgen op de afdeling.
- Niet elke aanbieder is opgewassen tegen de setting van een PI. Het komt voor dat ambulante zorgverleners te lief of te betuttelend tegenover gedetineerden zijn.
- Tot slot kan er sprake zijn van een logistiek knelpunt, namelijk de afstand naar de PI. Omdat reistijd niet wordt vergoed, is het voor externe zorgaanbieders niet altijd rendabel om in de PI gedetineerden te behandelen.

Meerdere PI's geven aan dat het vooral lastig is om ambulante zorg voor LVB'ers naar binnen te halen. De reden is dat er te weinig aanbieders van ambulante LVB-zorg zijn en dat het aanbod dat er is vaak individueel gericht is, terwijl LVB'ers baat hebben bij groepstherapie.

Het kost volgens de geïnterviewde psychologen veel tijd om tot goede afspraken met externe aanbieders te komen. Het onderhouden van de contacten is de taak van de psychologen. Daarbij wordt ook vaak de facilitering zoals werkruimtes, piepers, sleutels of wegwijzen maken onvoldoende door de inrichtingen gerealiseerd. Gezien de werkdruk beperken de psychologen zich daarom vaak tot zorgaanbieders met wie zij al een goede en lange samenwerking hebben.

De psychologen houden bij het indiceren van de ambulante zorg van de externe aanbieders rekening met hun eigen caseload en de caseload van de partner. In alle onderzochte PI's zijn de vaste externe aanbieders op vaste dagen in de PI aanwezig.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Duidelijke voorlichting aan externe zorgaanbieders over waar zij bij het geven van behandeling binnen de muren van de PI rekening mee moeten houden.
- Uitbreiden van de capaciteit van psychologen binnen de PI zodat zij zelf meer basiszorg (behandelingen) kunnen geven.

Samenwerking met klinieken (en beschermd wonen)

Psychologen geven aan dat de communicatie met sommige klinieken stroef verloopt. Aan het begin van de behandeling is vaak niet duidelijk wie de contactpersoon binnen de kliniek is. Hierdoor komen contacten laat op gang en lopen behandeltrajecten vertraging op (als er bijvoorbeeld nog geen contact is geweest over vrijheden, kan een gedetineerde niet op verlof).

Tijdens de behandeling is de terugkoppeling uit sommige klinieken -ondanks hun informatieplicht⁶⁰- minimaal. Dit is onwenselijk, omdat klinieken niet altijd op de hoogte lijken te zijn van artikelplaatsingen en van het feit dat de directeur van de PI bij artikelplaatsingen verantwoordelijk blijft voor de gedetineerde. Klinieken gaan hierdoor zelf beslissingen over zorg en verlof regelen, soms zelfs zonder de PI hiervan op de hoogte te stellen. Door een betere communicatie kan dit voorkomen worden.

Daarnaast bestaat bij de respondenten de indruk dat er bij klinieken onwetendheid is over de rol en de functie van de casemanager in het gevangeniswezen. In de GGZ is de casemanager een andere functie die een andere opleiding vereist. Zo worden casemanagers uit het gevangeniswezen uitgenodigd voor behandelbesprekingen. In die besprekingen wordt medische informatie gedeeld die eigenlijk niet gedeeld mag worden met casemanagers.

Genoemde oplossingen door respondenten

- Onder aandacht brengen van de samenwerkingsafspraken die zijn gemaakt tussen PsyZo en GGZ.
- Faciliteren van de juiste implementatie van de afspraken op het niveau van de PI's en GGZ-aanbieders onder de uitvoerend professionals.
- Controle en sturing op terugkoppeling door GGZ aan de PI's: gebeurt de terugkoppeling zoals voorgeschreven.

Samenwerking reclassering

Het merendeel van de geïnterviewde casemanagers geeft aan een goede samenwerking te hebben met reclassering. Als de samenwerking niet goed is, worden de volgende knelpunten genoemd:

- Casemanagers moeten soms lang zoeken naar de juiste contactpersonen bij de reclassering. Hierdoor duurt het lang duren voordat de samenwerking wordt opgestart en kunnen er gaten

Noot 60 De informatieplicht houdt in dat de zorgaanbieder met regelmaat terugkoppeling geeft aan de PI over de uitvoering van de behandeling. In geval van incidenten dient de zorgaanbieder direct contact op te nemen met de PI over het al dan niet voortzetten van de behandeling (Handboek Forensische Zorg 2013).

vallen tussen de periode van zorg tijdens detentie en de zorg erna. Als de juiste personen eenmaal gevonden zijn, ervaren zij de samenwerking over het algemeen als goed.

- Casemanagers kunnen te maken krijgen met drie verschillende contactpersonen bij de Reclassering: één contactpersoon in de woonplaats, één in de plaats van detentie en één in de plaats van de kliniek. Communicatie verloopt hierdoor niet goed, is tijdrovend en onduidelijk.
- Werkzaamheden van de reclassering vangen pas aan als de gedetineerde uit detentie is. Volgens de PMO's is dit omdat de reclassering dan pas 'productie-uren' kan schrijven (m.a.w. dat er dan pas financiering is). Hierdoor vallen er gaten in het zorgtraject.

Genoemde oplossingen door respondenten

De genoemde oplossingen hebben te maken met het verduidelijken van taken en verantwoordelijkheden en eerder en tijdig overleggen (zie 6.3).

Samenwerking DEMO

Voor de samenwerking met DEMO-voorzieningen worden de volgende knelpunten genoemd:

- Casemanagers geven aan dat het vaak lang zoeken is naar de juiste contactpersoon en dat DEMO-instellingen vaak niet toegankelijk zijn qua communicatie. Er is veel onduidelijkheid over wanneer gedetineerden geplaatst kunnen worden.
- Plekken in de buurt van de woonplek van de gedetineerde zitten vaak vol, waardoor gedetineerden ver van huis terecht komen.
- DEMO-instellingen mogen sinds 1 januari 2014 geen intakes meer doen. Doordat zij gedetineerden hierdoor niet meer vooraf kunnen zien, bestaat er onder psychologen de indruk dat zij gedetineerden sneller afwijzen, terwijl dit formeel sinds 1 januari 2014 niet meer mag.

Genoemde oplossingen door respondenten

De genoemde oplossingen zijn vergelijkbaar met de oplossingen die genoemd zijn bij het verbeteren van de samenwerking tussen PI's en klinische zorg en beschermd wonen.

6.6.1 Organisatie zorg binnen PI

Beperkte tijd om gedetineerden tijdens PMO te bespreken

In een aantal PI's lukt het niet om alle gedetineerden die zorg nodig hebben tijdens het PMO te bespreken. Bovendien is het wenselijk om tijdens het PMO meer de diepte in te kunnen gaan en meer ruimte te hebben voor diagnostiek. Respondenten geven aan dat het PMO meer moet zijn dan even de gedetineerden langslopen. Voor echte casuïstiekbespreking is vaak geen tijd. Dit gebeurt nu buiten het PMO in intercollegiaal overleg.

Genoemde oplossingen door respondenten

Ook hier wordt uitbreiding van de formatie van psychologen als oplossing genoemd.

Beperkte mogelijkheden voor diagnostiek

Meerdere psychologen, maar vooral de ISD-psychologen, geven aan dat zij onvoldoende tijd hebben om diagnostisch onderzoek te doen. Als er verder diagnostisch onderzoek nodig is, wordt hiervoor verwezen (geïndiceerd) naar klinieken, het PPC (vooral bij preventieve hechtenis) of ambulante zorg. Als bij ISD'ers de kliniek eerst nog verder diagnostiek onderzoek moet uitvoeren, blijft er soms te weinig of geen tijd over om de behandeling uit te voeren binnen de looptijd van de

ISD-maatregel. Het is de bedoeling dat in de eerste fase van de ISD-maatregel diagnostiek wordt uitgevoerd, wat dus in veel gevallen niet lukt.

Genoemde oplossingen door respondenten

Administratieve ondersteuning en uitbreiding capaciteit psychologen.

Ontbreken van informatie bij binnenkomst gedetineerde

Alle PI's stellen vast dat als gedetineerden vlak voor het weekend worden binnengebracht, zij niet meer ingeschreven kunnen worden in de administratie van de PI en de medische dienst dus ook geen toegang heeft tot medische informatie van de gedetineerde. Dit kan dan pas na het weekend. De medische dienst is dan afhankelijk van de informatie die de gedetineerde zelf geeft.

De regiopsychologen geven aan dat hiervoor niet echt een oplossing mogelijk is. Op vrijdag na 17 uur is er geen administratie voorhanden in de PI's. De enige mogelijkheid zou zijn dat er in het weekend iemand aanwezig is om gedetineerden in te schrijven in het systeem.

Verbeteren van communicatie tussen casemanagers en psychologen

De communicatie tussen casemanagers en psychologen wordt in de zes onderzochte PI's over het algemeen als goed benoemd. De regiopsychologen hebben de indruk dat dit niet het landelijke beeld is. In meerdere PI's horen zij dat de samenwerking moeizaam verloopt.

Uit de interviews komen verbeterpunten die vooral te maken hebben met de laatste fase van detentie (zie ook boven).

7 Conclusies

In dit hoofdstuk vatten we de bevindingen per onderzoeksvraag samen en zetten die af tegen (de uitgangspunten van) het beleid, de samenwerkingsafspraken en de procedures en we trekken conclusies over de vier onderzoeksvragen:

- 1 Hoe verloopt de besluitvorming in het PMO?
- 2 Is de plaatsing verlopen volgens de daarvoor opgestelde procedures?
- 3 Wat gebeurt er met gedetineerden die niet instromen in een zorgtraject, waarbij dat wel wenselijk is?
- 4 Hoe verloopt het zorgtraject van gedetineerden?

We maken daarbij indien nodig onderscheid tussen:

- Preventief gehechten in HvB en afgestraften in GV, inclusief arrestanten. Deze noemen we voor de leesbaarheid gedetineerden.
- ISD'ers.

We sluiten af met een slotconclusie. Alvorens we ingaan op de conclusies, geven we de reikwijdte en de beperkingen van het onderzoek aan.

7.1 Reikwijdte en beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek is kwalitatief van aard en geeft inzicht in patronen, factoren en knelpunten die een rol spelen bij het verwijzen, indiceren en plaatsen van gedetineerden in forensische zorg. Het onderzoek geeft géén kwantitatief representatief beeld van de mate waarin het lukt om tijdig passende zorg voor gedetineerden met psychische problematiek te realiseren. Ook geeft het géén kwantitatief beeld van de mate waarin de knelpunten spelen. Hiervoor is een kwantitatief onderzoek nodig in een representatieve steekproef onder alle PI's.

De in dit rapport gepresenteerde bevindingen zijn gebaseerd op interviews met professionals uit het gevangeniswezen die binnen het forensisch stelsel uitvoering geven aan de zorgtrajecten. De bevindingen geven primair de ervaringen en meningen van deze professionals weer in algemene zin en meer specifiek met betrekking tot de onderzochte casussen. Het perspectief van de GGZ en andere ketenpartners zoals de reclassering is in dit onderzoek niet onderzocht. Omdat sommige knel- en verbeterpunten betrekking hebben op (de samenwerking met) deze ketenpartners, is het aan te bevelen hun perspectief nader te onderzoeken.

Door alleen knel- en verbeterpunten te noemen die door meerdere PMO's zijn genoemd en die ook door alle regiopsychologen worden herkend, bieden we aanknopingspunten voor het beleid en verder kwantitatief onderzoek. De knel- en verbeterpunten worden in dit onderzoek vooral belicht vanuit het perspectief van de PI's en meer specifiek van de psychologen en - in mindere mate - van de andere leden van het PMO en de casemanagers.

Het onderzoek is uitgevoerd in zes PI's met diverse bestemmingen. Hiervoor is bewust gekozen om zoveel mogelijk diversiteit in de casuïstiek te krijgen. De diversiteit in de casuïstiek is gelukt, met uitzondering van de kortgestraften. Deze casussen zijn onderbelicht in het onderzoek. De resultaten over afgestraften gaan dus vooral over langgestraften. We merken op dat het aantal onderzochte casussen in het onderhavige onderzoek niet representatief is voor de totale populatie gedetineerden. De resultaten dienen dan ook slechts als illustratie van hoe forensische zorgtrajecten vormgegeven worden en de eventuele knelpunten hierbij.

Dit onderzoek is uitgevoerd in een periode waarin veel nieuwe ontwikkelingen gaande zijn in de forensische zorg. Omdat het veldwerk in de verschillende PI's niet gelijktijdig kon plaatsvinden, betekent dit dat in de ene PI de implementatie van de nieuwe ontwikkelingen al verder gevorderd was dan in een andere PI. Daarnaast zijn enkele bevindingen momenteel al weer achterhaald omdat er inmiddels een oplossing voor is. Hiermee is bij de interpretatie van de bevindingen zoveel mogelijk rekening gehouden.

7.2 Doorverwijzing naar en besluitvorming in het PMO

We hebben de onderzoeksvraag over besluitvorming in het PMO ruimer geïnterpreteerd en ook gekeken naar de organisatie (taken en verantwoordelijkheden) van PMO in de PI's en naar de wijze waarop de doorverwijzing naar het PMO gebeurt.

Taken en verantwoordelijkheden PMO

Gedetineerden

Conform de werkwijze voor Psychomedische zorg in het gevangeniswezen zijn in alle onderzochte PI's één of meerdere PMO's ingericht die wekelijks gedetineerden bespreken die bij het PMO aangemeld zijn. Per PMO worden - afhankelijk van de bezetting van de PI - wekelijks 15 tot 40 gedetineerden besproken. Dit zijn zowel nieuw aangemelde gedetineerden als gedetineerden die al bekend zijn bij het PMO. De beschikbare tijd om een casus te bespreken is volgens de respondenten enkele minuten. De psychologen geven aan dat hierdoor weinig tijd beschikbaar is om diepgaande casuïstiek te bespreken. Uit het onderzoek komt naar voren dat volgens de psychologen de nadruk in het PMO hierdoor sterk is komen te liggen op het stellen van indicaties en er onvoldoende ruimte is voor het multidisciplinair bespreken van complexe casussen.

De respondenten geven aan dat de lastendruk bij het PMO en bij de psychologen, als coördinator van de psychomedische zorg, als groot wordt ervaren. Er komt veel administratie bij kijken. Het invullen van de indicaties in IFZO kost veel tijd. Het systeem wordt als erg gebruiksonvriendelijk en tijdrovend ervaren. Het onderzoek laat een duidelijke behoefte vanuit het PMO zien aan administratieve ondersteuning. Dit zou in principe beschikbaar moeten zijn, maar is niet in alle PI's structureel geregeld. Door administratieve ontlasting van de psychologen kan meer tijd voor basiszorg worden vrijgemaakt.

Met betrekking tot de indicaties voor zorg in de laatste fase van detentie blijkt uit het onderzoek dat er bij de respondenten onduidelijkheid is over de taken en verantwoordelijkheden van het PMO. De psychologen geven aan dat het PMO soms te laat wordt betrokken bij de besluitvorming over de

benodigde zorg in het kader van D&R. Dit leidt volgens hen tot onduidelijkheid bij gedetineerden en andere betrokkenen en heeft gevolgen voor het realiseren van aansluitende zorgtrajecten tijdens en na detentie.

ISD'ers

ISD'ers worden in twee van de drie onderzochte ISD-afdelingen in een apart ISD-PMO besproken, op de derde worden ISD'ers in het reguliere PMO besproken.

ISD'ers worden altijd in het PMO besproken. Per PMO worden 10 tot 20 ISD'ers besproken. Uit het onderzoek blijkt dat het regelmatig voorkomt dat ISD'ers voor een time-out terugkomen in de PI of definitief worden teruggeplaatst. De caseload van de psychologen op de ISD-afdelingen is daarom volgens de respondenten groot. In sommige onderzochte ISD-casussen hadden psychologen hierdoor geen tijd om zelf diagnostiek uit te voeren in de eerste fase van de ISD-maatregel, wat wel de bedoeling is. Ook kunnen zij daarom soms te weinig psychische basiszorg inzetten in de vorm van motiverende en ondersteunende gesprekken. Uit het onderzoek blijkt dat hierdoor op sommige onderzochte ISD-afdelingen niet kan worden voldaan aan de doelstelling om in de eerste fase van de ISD-maatregel indien nodig aanvullende diagnostiek te doen. Dat motiverende en ondersteunende gesprekken niet mogelijk zijn, heeft volgens ons gevolgen voor het verdere zorgtraject en de mogelijke afbraak van het zorgtraject.

Doorverwijzing naar het PMO

Gedetineerden

Gedetineerden worden in alle fasen van detentie doorverwezen naar het PMO. Vanuit de gedachte 'de juiste patiënt op de juiste plek' gaat het beleid er van uit dat de meeste problematiek in de eerste 10 dagen van de ISS-fase gesignaleerd wordt, en dat in deze fase wordt doorverwezen naar het PMO en een indicatie wordt gesteld. In dit onderzoek blijkt dat dit vaak het geval is, maar dat dit niet altijd mogelijk en noodzakelijk is. Een gedetineerde kan ook gedurende de preventieve hechtenis of detentie een zorgvraag ontwikkelen of de problematiek kan destabiliseren waardoor actie moet worden ondernomen. Niet alle problematiek is meteen zichtbaar of manifesteert zich dusdanig dat er aanleiding is om acties in te zetten volgens de psychologen. Tevens komt het voor dat de (dominante) zorgvraag van een gedetineerde - omdat er vaak sprake is van comorbiditeit - verandert gedurende de detentieperiode. Wij concluderen dat het niet mogelijk is om bij alle gedetineerden binnen 10 dagen vast te stellen wat de zorgvraag is. Dit is volgens de psychologen niet realistisch en komt ook niet overeen met het grillige verloop van psychiatrische en psychische problematiek bij gedetineerden. Uit het onderzoek blijkt dat de zorgvraag dynamisch is. Hierdoor moet er ook na de eerste 10 dagen aandacht blijven voor veranderingen/ontwikkelingen in de zorgvraag.

Uit het onderzoek blijkt dat als er problematiek gemist wordt in de ISS-fase, dit volgens de respondenten vaak depressie of LVB- problematiek betreft. Vaak komt deze problematiek na enkele dagen op de afdeling alsnog bovendrijven en wordt de gedetineerde alsnog in het PMO besproken. Depressieve gedetineerden hebben de neiging zich terug te trekken en daardoor niet op te vallen. Bij LVB'ers speelt volgens de respondenten dat zij in eerste instantie gebaat zijn bij de structuur van de PI en hierdoor geen onbeheersbaar gedrag vertonen. Als er geen sprake is van bijkomende psychiatrische problematiek en/of verslavingsproblematiek, is het niet altijd nodig om bij deze groep

gedurende detentie forensische zorg in te zetten. Zij worden dan niet doorverwezen naar het PMO. De psychologen geven wel aan het belangrijk is om de LVB-problematiek tijdig te signaleren en in het D&R-plan op te nemen. Zij zijn van mening dat bij deze groep gedetineerden vaak zorg nodig is na detentie en zo kan deze zorg tijdig worden geregeld. In de laatste fase van detentie kan daar naar worden toegewerkt.

ISD'ers

Alle ISD'ers worden meerdere keren besproken in het PMO. Er is bij deze doelgroep dus geen sprake van doorverwijzing naar het PMO. Problemen of signalen gedurende de intramurale fase van de ISD-maatregel worden rechtstreeks aan het PMO gemeld.

Besluitvorming in het PMO

Gedetineerden

De besluitvorming in het PMO gebeurt in de onderzochte PI's op basis van de informatie die de medische dienst heeft verzameld over medische gegevens van buiten detentie, juridische gegevens uit JD-online, gegevens uit de interne systemen van DJI (MicroHis, ISP, DUWAR), observaties van de afdeling en gesprekken van de psycholoog en/of psychiater met de gedetineerden. Het opvragen van medische informatie van buiten detentie door de medische dienst verloopt volgens de respondenten soms moeizaam. De interne systemen zijn wisselend gevuld. Bij acute problematiek voor preventief gehechten die kort voor het weekend worden opgenomen, mist de informatie, omdat de systemen pas toegankelijk zijn nadat een gedetineerde is ingeschreven in de gevangenis (na het weekend). De medische dienst is dan afhankelijk van wat de gedetineerden zelf aangeven. Bij arrestanten is het ontbreken van medische informatie van buiten het gevangeniswezen een knelpunt. Zij verblijven zo kort in de PI dat het van belang is om die informatie snel te ontvangen. Dit lukt vaak niet. Het ontbreken van medische informatie bij binnenkomst kan gevolgen hebben voor de snelheid waarmee een gedetineerde wordt doorverwezen naar het PMO en de best passende zorg kan worden ingezet. Het is volgens ons van belang dat hier meer aandacht voor komt.

Uit het onderzoek blijkt dat het uitgangspunt *GGZ-tenzij* niet voor alle gedetineerden haalbaar is. Bij preventief gehechten is er onduidelijkheid bij de geïnterviewde psychologen of plaatsing in de klinische zorg juridisch is toegestaan. De afspraken en richtlijnen hieromtrent zijn (nog) niet goed geïmplementeerd. De onduidelijkheid en negatieve ervaringen met eerdere pogingen tot plaatsing van preventief gehechten leidden ertoe dat het in de onderzochte PI's niet wordt toegepast bij preventief gehechten. Daarnaast speelt bij preventief gehechten ook een rol dat het nog niet duidelijk is of en hoe lang de gedetineerde binnen detentie verblijft (straf is nog niet bekend). De wachtlijsten voor klinische zorg zijn veelal te lang volgens de psychologen om de gedetineerde binnen de termijn van de preventieve hechtenis te kunnen plaatsen en behandeling op te starten. Hierbij speelt ook de overweging mee dat PPC voor een patiënt volgens sommige psychologen een beter kader is voor het beoordelen van de motivatie en vrijwilligheid, het inzicht in de exacte problematiek en de gewenste duidelijkheid voor de patiënt.

Ook bij afgestraften wordt het principe *GGZ-tenzij* niet standaard toegepast in de onderzochte PI's. Tevens speelt het strafrestant een rol. Bij een te kort strafrestant is er onvoldoende tijd om de

behandeling uit te voeren, zeker in relatie tot de wachttijden bij de GGZ. Bij zowel preventief gehechten als kortgestraften kan doorzorg in de vorm van basiszorg een oplossing bieden volgens de psychologen. Via ondersteunende en stabiliserende gesprekken kan aan de motivatie voor zorg worden gewerkt met als doel de aansluiting tussen de zorg voor en na detentie te verbeteren.

Bij een lang strafrestant kan vaak niet worden uitgeplaatst als er nog geen zicht is op wanneer de gedetineerde in aanmerking komt voor verlofmogelijkheden. Klinieken werken toe naar meer vrijheden en willen graag inzicht in de termijnen waarop dit mogelijk is bij de cliënten. Daarnaast stellen we vast dat de indruk bestaat dat klinieken gedetineerden regelmatig weigeren na aanmelding door NIFP/IFZ, bijvoorbeeld uit angst dat ze de problematiek van de gedetineerden niet aankunnen. Het is niet duidelijk hoe vaak dit gebeurt en in welke mate dit wordt gemeld bij het plaatsingsloket.

ISD'ers

Alle ISD'ers komen binnen met een reclasseringsrapport. De mate waarin de informatie uit het reclasseringsrapport voldoende is om te bepalen welke zorg nodig is, is volgens de respondenten afhankelijk van de omvang, de kwaliteit en de datering van de rapportage. In de eerste fase van de ISD-maatregel is het de bedoeling dat de psychologen aanvullend diagnostisch onderzoek uitvoeren. De mate waarin dit mogelijk is, is op de onderzochte ISD-afdelingen verschillend en afhankelijk van de caseload van de psychologen. Volgens de psychologen is tijdgebrek de belangrijkste reden om zelf geen aanvullend diagnostisch onderzoek uit te voeren. De vraag voor aanvullend onderzoek wordt dan bij de kliniek gelegd waar de ISD'er wordt geplaatst. We concluderen dat tijdens de ISD-maatregel in de onderzochte PI's dus niet altijd aan de doelstelling van diagnostiek in de intramurale fase kan worden voldaan. Het gevolg is dat het bij verwijzing naar een kliniek voor diagnostiek niet altijd duidelijk is of deze kliniek ook de juiste plek is voor de behandeling en er derhalve minder tijd overblijft voor de behandeling in de kliniek. Dit kan gezien de wachttijden van sommige kliniek gevolgen hebben voor het afronden van de behandeling.

De motivatie van de ISD'ers blijkt een belangrijke rol te spelen bij het type zorg dat in eerste instantie wordt geïndiceerd. Het komt voor dat er geïndiceerd wordt voor klinische zorg met een lagere zorgintensiteit (FPA of FVA) dan nodig wordt geacht, omdat de ISD'er niet gemotiveerd is voor plaatsing in een FPK of FVK. Het PMO weet dan eigenlijk al van tevoren dat de kans groot is dat het traject voortijdig zal worden afgebroken. Dit is volgens ons in strijd met het uitgangspunt om passende zorg te indiceren. Het werken aan motivatie van de ISD'er en de mogelijkheden om dit te doen zijn aandachtspunten.

Indicatiestelling niet volledig zorgvraaggericht

Het blijkt dat - zowel bij gedetineerden als ISD'ers - bij de indicatiestelling en verwijzing naar zorg ook rekening wordt gehouden met het beschikbare aanbod en de wachttijden. De indicatiestelling is dus niet volledig zorgvraaggericht zoals bedoeld. Als de verwachting is dat zorg die de gedetineerde nodig heeft niet beschikbaar is of er lange wachttijden zijn, dan wordt de indicatie soms niet gesteld of aangevraagd. Vanuit het beleid van DforZo zou deze zorg moeten worden geïndiceerd of aangevraagd. Als na matching tussen zorgvraag en aanbod blijkt dat het aanbod niet beschikbaar is of de wachttijd te lang wordt, dan wordt naar second best zorg gezocht of er wordt overbruggingszorg ingezet. De PMO's geven aan dit niet te doen omdat lange wachttijden en niet-

plaatsing in de zorg nadelig is voor de behandelmotivatie van de gedetineerde. Dat kan vervolgens weer gevolgen hebben voor het gedrag van de gedetineerde op de afdeling en de motivatie voor vervolgotrajecten. Omdat het PMO in deze gevallen geen indicatie stelt of aanvraagt, worden deze zorgvragen niet geregistreerd en is er dus geen goed (kwantitatief) zicht op de zorgvraag van gedetineerden bij DforZo (en PI's). Om goed zicht te krijgen op de vraag zijn we van mening dat dit wel moet worden vastgelegd.

Momenteel wordt in de PI's het Stepped Care idee geïmplementeerd. Het idee achter Stepped Care is dat de zorg die wordt ingezet zo licht als mogelijk is en zo zwaar als nodig moet zijn. We stellen echter vast dat niet altijd wordt gekozen voor basiszorg als dit voldoende is. Als er onvoldoende capaciteit is voor basiszorg bij de psychologen wordt namelijk opgeschaald naar de ambulante zorg door externe aanbieders.

7.3 Plaatsing volgens procedures

De plaatsing van de gedetineerden en de ISD'ers verloopt in de onderzochte PI's volgens de procedures. Deze moeten worden gevolgd om de financiering van de forensische zorg mogelijk te maken. De procedures worden als complex ervaren door de respondenten. Het digitale systeem IFZO wordt als gebruiksonvriendelijk en tijdrovend ervaren. Er moet veel informatie worden ingevuld. De administratieve last wordt als te groot ervaren. Gedurende de looptijd van het onderzoek is het knelpunt dat bij herindicatie alle gegevens opnieuw moeten worden ingevoerd, opgelost. In de nieuwe versie van IFZO kunnen velden uit een eerdere indicatie worden gekopieerd. Dit zal een deel van de administratieve druk wegnemen.

Daarnaast concluderen we dat de partners zich in sommige regio's volgens de psychologen niet houden aan de rollen binnen de procedures en/of dat er onduidelijkheid is over de rollen en procedures. De afspraken op landelijk niveau zijn nog onvoldoende geïmplementeerd in de PI en de regionale samenwerking.

Op basis van de bevindingen in het onderzoek kan de vraag worden gesteld of de complexiteit van de procedures en het digitale systeem ondersteunend zijn voor het indicatie- en plaatsingsproces.

Het idee dat er onafhankelijk geïndiceerd en geplaatst moet worden, wordt door de meeste psychologen onderschreven. Dit werkt echter alleen goed als het aanbod van de zorgaanbieders in IFZO overeenkomt met het aanbod dat ze werkelijk kunnen bieden. De ervaring van de psychologen is dat dit niet het geval is: aanbod is niet beschikbaar, niet up-to-date, aanvragen worden geweigerd. Er is geen goede registratie van het aantal weigeringen, de terugplaatsingen en de mate waarin second best zorg wordt ingezet waardoor deze ervaringen niet kwantitatief kunnen worden onderbouwd. Uit het onderzoek blijkt dat er behoefte is aan een toets op de mate waarin de zorgaanbieders de gecontracteerde zorg leveren en de kwaliteit van de geleverde zorg. Doordat die er niet is, worden indicaties niet gesteld of aangevraagd en worden indicaties toegeschreven naar het aanbod van aanbieders. Hiermee wordt getornd aan het principe van onafhankelijke indicatie en plaatsing.

7.4 Zorg wenselijk, maar niet gerealiseerd

Gedetineerden

We concludeerden dat alle gedetineerden in de onderzochte casussen waarbij sprake is van een zorgvraag meestal wel enige vorm van zorg krijgen, maar dat dit niet altijd de best passende zorg is en dat deze zorg niet altijd tijdig geleverd wordt. Basiszorg, plaatsing op de EZV, plaatsing in een PPC en aanvullende ambulante zorg lukken in de meeste gevallen. Dit gaat in alle gevallen om zorg die door het PMO zelf kan worden geïndiceerd. Wel zitten de EZV's in sommige PI's soms erg vol volgens de respondenten en worden gedetineerden op een wachtlijst geplaatst. Er wordt dan gekeken welke gedetineerde de grootste behoefte heeft aan plaatsing op de EZV.

Als plaatsing op de EZV, in het PPC of bij ambulante zorg niet meteen mogelijk is, geven de leden van het PMO zoveel mogelijk overbruggingszorg. Niet in alle onderzochte PI's laat de capaciteit dit toe.

Als het niet lukt om klinische zorg in te zetten dan wordt bij acute en ernstige problematiek gekozen voor plaatsing in de PPC of wordt gekeken of aanvullende ambulante zorg of basiszorg als second best zorg voldoende is.

ISD'ers

Bij de onderzochte ISD'ers komt het regelmatig voor dat projecten worden afgebroken. Bij een aantal onderzochte ISD'ers lukt het in zijn geheel niet om de extramurale fase te realiseren. Bij het einde van de ISD-maatregel wachten zij nog steeds op de geïndiceerde zorg. Bij die groep wordt dan in de laatste fase vooral ingezet op het regelen van een dagbesteding, woning en dergelijke. Ook bij deze groep heeft de wachttijd een negatief effect op de motivatie. Zoals eerder gezegd hebben de psychologen niet in alle inrichtingen voldoende tijd om met deze gedetineerden motiverende en ondersteunende gesprekken te houden.

7.5 Verloop van de zorgtrajecten

Instream en vormgeving van de zorgtrajecten

Gedetineerden

Uit het onderzoek blijkt dat er veel diversiteit is in de forensische zorgtrajecten van gedetineerden binnen het gevangeniswezen. Dit is in lijn met de persoonsgerichte aanpak die DJI voorstaat. Per individu wordt, afhankelijk van de problematiek en de motivatie van de gedetineerde, vorm aan het zorgtraject gegeven. Het gaat om maatwerk. De meeste gedetineerden in het casuonderzoek met een zorgvraag krijgen zorg, maar dit is niet altijd de best passende zorg en deze zorg wordt niet altijd tijdig geleverd.

Een geslaagde plaatsing wil zeggen dat de gedetineerde tijdig in passende zorg wordt geplaatst, en dat lijkt af te hangen van de motivatie van de gedetineerde, het beschikbare aanbod en de wachtlijsten, het netwerk van de psycholoog (in welke mate zijn er korte informele lijnen tussen de psycholoog en de externe aanbieders) en de communicatie en terugkoppeling tussen zorgaanbieders en PI. Investeren in het stimuleren en faciliteren van samenwerking tussen PI en GGZ en het implementeren van gemaakte samenwerkingsafspraken tussen GV, DforZo en GGZ kan geslaagde plaatsingen bevorderen.

ISD'ers

Alhoewel bij alle ISD'ers in de extramurale fase wordt ingezet op een plaatsing in klinische zorg of beschermd wonen, lukt dit niet bij alle ISD'ers. De weg naar de plaatsing die gerealiseerd wordt, is erg divers.

De wachttijden voor klinische zorg en vooral voor beschermd wonen zijn voor ISD'ers soms lang. Dit verschilt echter sterk per regio en, binnen regio's, ook per instelling volgens de respondenten. De mate waarin het de psychologen lukt om overbruggingszorg te bieden tot de uitplaatsing verschilt per inrichting. In één inrichting geven de psychologen aan dat het gezien de caseload niet lukt om motiverende en ondersteunende gesprekken te voeren met ISD'ers die wachten op uitplaatsing. De casemanagers nemen die taak over. De psychologen geven dan wel adviezen hiervoor. Samenvattend: de lange wachttijden kunnen gevolgen hebben voor de ISD-trajecten en de mate waarin het lukt om de extramurale fase te benutten conform de werkwijze van ISD. Ook bij ISD'ers lijken de terugkoppeling en communicatie met de externe zorgaanbieders belangrijke factoren in het al dan niet slagen van de plaatsing en het traject.

Type zorg dat wordt ingezet

Gedetineerden

Er is vaak sprake van comorbiditeit bij de gedetineerden waarbij forensische zorg wordt geïndiceerd. Het type zorg waarvoor in eerste instantie geïndiceerd wordt, is afhankelijk van de problematiek die op dat moment het meest op de voorgrond staat en het eerst moet worden aangepakt.

Als de psychiatrische problematiek de dominante zorgvraag is, is het afhankelijk van de ernst van de problematiek, de mate waarin acuut moet worden ingegrepen en de beschikbaarheid van de zorg of wordt doorverwezen naar PPC, klinische zorg, aanvullende ambulante zorg of basiszorg (zie ook indicatiestelling en GGZ-tenzij in 1.2).

Uit het onderzoek blijkt dat wanneer er sprake is van verslavingsproblematiek er meestal eerst wordt ingezet op het aanpakken van de verslavingsproblematiek. Dit lukt echter niet altijd. Als er ook ernstige psychiatrische problematiek is, wordt eerst ingezet op het aanpakken van de psychiatrische problematiek. De keuze waar eerst op ingezet wordt, wordt ook beïnvloed door de motivatie van de gedetineerde en of de kliniek de gedetineerde accepteert aldus de respondenten. Uit het onderzoek blijkt dat wanneer LVB de dominante zorgvraag is de gedetineerde veelal op de EZV wordt geplaatst. Dit geldt zowel voor preventief gehechten als voor afgestraften. Als er sprake is van bijkomende problematiek dan wordt aanvullende ambulante zorg geïndiceerd.

ISD'ers

Bij ISD'ers spelen dezelfde overwegingen als bij gedetineerden hierboven. Alleen speelt bij deze groep de motivatie nog nadrukkelijker een rol dan bij de eerste indicatie (zie boven).

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat er volgens de respondenten een tekort is aan geormerkte en geschikte plaatsen voor forensische zorgpatiënten in begeleid en beschermd wonen, en in sommige regio's voor klinische zorg. Landelijk gezien zijn er ook onvoldoende geschikte plekken voor vrouwelijke gedetineerden en ISD'ers.

Het afbreken van forensische zorgtrajecten

Er vinden veel time-outs plaats. Dit is met name het geval bij ISD'ers. Ook definitieve terugplaatsingen in de PI komen regelmatig voor. Psychologen geven aan dat trajecten vooral vaak bij gedetineerden met verslavingsproblematiek worden afgebroken. Volgens hen zijn de redenen voor het afbreken van de plaatsingen in de klinische zorg:

- Terugval in verslavingsgedrag is eigen aan verslavingsproblematiek. Het beleid van de kliniek en/of de mate van openheid versus beveiliging en de mate waarin regels omtrent gebruik strikt worden toegepast, kunnen een terugval al dan niet in de hand werken.
- Het toekennen van vrijheden aan cliënten door de GGZ in de loop van de behandeling matcht soms niet met de verlofregelingen vanuit het juridisch kader. De directie van de PI blijft verantwoordelijk voor de uitgeplaatste gedetineerde. Het is echter moeilijk voor de inrichtingspsycholoog om te beoordelen of een gedetineerde, die hij/zij al een hele tijd niet gezien heeft, toe is aan meer vrijheden.
- Klinieken houden zich niet altijd aan de afspraken die bij uitplaatsingen worden gemaakt omtrent vrijheden en verloven.

Uit het onderzoek blijkt dat ervaringen met afgebroken plaatsingen ook een rol spelen in het niet (meer) doorverwijzen naar klinische zorg. Dit kan niet worden onderbouwd met cijfers. Er is geen zicht op het aantal plaatsingen in de GGZ dat wordt afgebroken. Ook is er geen zicht op hoeveel gedetineerden de klinische behandeling in de GGZ uiteindelijk succesvol afronden.

Door kwantitatief onderzoek te laten uitvoeren kan hier inzicht in worden gekregen en kunnen indrukken worden onderbouwd of weerlegd.

Aansluiting op zorg na detentie

Gedetineerden

Voor aansluitende zorg na de detentieperiode werken de verschillende financieringsstromen en onduidelijkheden over de verantwoordelijkheden van de verschillende indicerende partners belemmerend. De bevindingen in het onderzoek pleiten voor eerder en tijdig overleg tussen PMO, casemanagers en reclassering over de benodigde zorg. Dit is volgens ons ook nodig voor goede aansluiting tussen de tijdens detentie geconstateerde zorg, de zorgbehoefte na detentie en de opgelegde zorg in het vonnis. Geconstateerde zorg is meer gericht op behandeling van de stoornis, stabilisatie, herstel en diagnostiek. Het inzetten van zorg na detentie en de opgelegde zorg zijn meer gericht op het voorkomen van recidive.

De aansluiting op nazorg voor gedetineerden die na afloop van de detentie geen voorwaardelijk kader hebben, wordt als aandachtspunt benoemd. De gedetineerde of een begeleidende organisatie moet dan zelf een indicatie aanvragen voor vrijwillige zorg. Het is van belang dat tijdens detentie gewerkt wordt aan de motivatie van de gedetineerden hiervoor. Op dit moment is er standaard geen aandacht en capaciteit in de onderzochte PI's om deze doorzorg in de vorm van motiverende en ondersteunende gesprekken te bieden. Een knelpunt bij arrestanten is het feit dat veel arrestanten niet verzekerd zijn.

In de laatste fase van detentie is het van belang dat op tijd wordt bepaald welke zorg na detentie nodig is zodat daar in de laatste fase naar toe kan worden gewerkt. Psychologen noemen in dit verband als voorbeeld LVB'ers. Voor deze doelgroep is vaak een indicatie voor beschermd of begeleid wonen (inclusief DEMO-voorzieningen). Uit het onderzoek blijkt dat het onderscheid tussen deze type voorzieningen niet altijd duidelijk is voor de casemanagers. De psychologen zijn van mening dat DEMO-voorzieningen geen RIBW zijn omdat ze, aldus de psychologen, geen behandeling voor psychiatrische, verslavings-, en LVB-problematiek bieden en dus geen forensische zorg zijn. Als de gedetineerde in een DEMO-voorziening wordt geplaatst en er is behandeling nodig, dan moet een aparte indicatie voor ambulante zorg worden gesteld.

De wachtlijsten voor beschermd en begeleid wonen zijn lang. Het aantal plaatsen voor (ex)-gedetineerden is beperkt. De geringe uitstroom uit deze voorziening is hier volgens de respondenten mede debet aan.

ISD'ers

Dit onderzoek heeft zich vooral geconcentreerd op het indiceren voor en plaatsen van ISD'ers in forensische zorg tijdens de extramurale fase. Uit het onderzoek blijkt dat ISD'ers vaak de kliniek of afdeling moeten verlaten als de maatregel en dus de forensische zorgtitel ophoudt. Of de ISD'er ook na de maatregel in de kliniek of in beschermd wonen mag blijven, is afhankelijk van de afspraken die de zorgaanbieders hebben met de gemeente en de regio.

Samenwerking PI en GGZ, verslavingszorg en gehandicaptenzorg

Volgens de geïnterviewde psychologen verloopt de samenwerking tussen de PI en externe aanbieders van de ambulante zorg met de partners waar al (geruime tijd) mee wordt samengewerkt goed. Met deze aanbieders zijn duidelijke afspraken gemaakt over overdracht van informatie conform de beroepsregels, de psychologen worden goed op de hoogte gehouden, er zijn korte lijnen, zij hebben ervaring in het geven van begeleiding en behandeling binnen het detentiekader en er is duidelijk zicht op hoeveel cliënten zij kunnen begeleiden of behandelen. Afspraken maken met externe nieuwe partners verloopt vaak moeizaam en het kost tijd om tot goede afspraken te komen. Externe aanbieders die nieuw zijn realiseren zich onvoldoende wat het geven van behandeling en begeleiding binnen de muren van de gevangenis betekent volgens de psychologen. Het is niet haalbaar om voor een gedetineerde een specifieke behandeling bij een externe aanbieder in huis te halen. Dit is wel het uitgangspunt bij de inkoop van ambulante zorg door DForZo. Dit blijkt in de praktijk echter lastig te realiseren.

Uit het onderzoek blijkt dat de samenwerking tussen PI en klinische zorg nu erg persoonsafhankelijk is. De mate waarin er sprake is van warme overdracht en regelmatige terugkoppeling lijkt nu vooral af te hangen van of psychologen en behandelaars elkaar kennen. Er zijn afspraken en kaders voor samenwerking en terugkoppeling vastgesteld op beleidsniveau maar die lijken nog niet overal even goed geïmplementeerd op de werkvloer. Daarnaast kwam uit het onderzoek bij de respondenten een behoefte aan meer controle en sturing op de afspraken naar voren.

7.6 Overall conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in hoe de besluitvorming over gedetineerden met psychische problemen plaatsvindt en hoe vervolgens het forensische zorgtraject binnen detentie wordt vormgegeven. We concluderen dat de psychologen en het PMO in de PI veel moeite doen om zorg voor de gedetineerden met psychische problemen te indiceren en realiseren. In de meeste gevallen lukt het ook om (enige vorm van) zorg in te zetten – ook al is dat niet altijd de meest passende zorg. Welke zorg op welk moment in detentie het best past, verschilt per persoon en sluit aan bij de persoonsgerichte aanpak die DJI voorstaat. Best passende zorg hoeft niet te betekenen dat de gedetineerde meteen naar de GGZ wordt doorgeplaatst. In dit onderzoek blijkt dat de PI's aansluiten bij de principes van Stepped Care die in de looptijd van het onderzoek werden geïmplementeerd: zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig. Goede basiszorg is niet alleen van belang voor het toeleiden naar forensische zorg maar speelt ook een belangrijke rol voor doorzorg en overbruggingszorg. De genoemde knel- en verbeterpunten in dit onderzoek bieden aanknopingspunten om nog meer gedetineerden de best passende zorg te bieden.

Bijlagen

Bijlage 1: Leden van de begeleidingscommissie

- prof. dr. S. Bogaerts, hoogleraar klinische forensische psychologie Tilburg University, hoofd onderzoek- en behandelmotivatie Fivoor (voorzitter)
- dr. A.J.E. Dirkzwager, Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving
- drs. C. Fisher, landelijk hoofd psychologische zorg NIFP (in de begeleidingscommissie vanaf april 2015)
- drs. E.B.M.L. van Lier, Ministerie van Veiligheid en Justitie/DJI PI Zwolle (in de begeleidingscommissie tot april 2015)
- dr. P. Osinga, Ministerie van Veiligheid en Justitie/DJI (in de begeleidingscommissie tot maart 2015)
- E.A.J. van Pul MSc, Ministerie van Veiligheid en Justitie/Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, Directie Sanctietoepassing en Jeugd (in de begeleidingscommissie vanaf april 2015)
- dr. M. Turina-Tumewu, Ministerie van Veiligheid en Justitie/Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Bijlage 2: Forensische Zorgtitels

De forensische zorgtitels in het groene kader zijn relevant voor onderhavig onderzoek.

Zorg zonder strafoplegging

- 1) strafrechtelijk machtiging (art. 37 jo 39 WvSr)

Ter Beschikking Stelling (TBS) met dwangverpleging en Pro-Justitia rapportage

- 2) TBS met dwangverpleging (art. 37a jo 37b WvSr)
- 3) tijdelijke plaatsing psychiatrisch ziekenhuis (art. 13 Bvt)
- 4) overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 14 Bvt)
- 5) TBS met proefverlof (art. 51 Bvt)

Zorg als voorwaarde bij beslissing rechter, OM of Kroon

- 6) voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g WvSr)
- 7) TBS met voorwaarden (art. 38a WvSr)
- 8) voorwaardelijke veroordeling (art. 14a WvSr)
- 9) schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 WvSv)
- 10) sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 WvSv)
- 11) strafbeschikking met aanwijzing (art. 257a WvSv)
- 12) voorwaardelijke invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden (art 15a WvSr)
- 13) voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiewet jo. 558 WvSv)

Zorg in het kader van Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT)

- 14) FPT proefverlof
- 15) FPT voorwaardelijke beëindiging

Zorg in detentie, tijdens tenuitvoerlegging vrijheidsstraf of ISD-maatregel

- 16) overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 Pbw)
- 17) overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw)
- 18) plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38p WvSr) (art. 38m WvSr jo art. 44b-44q Pm)
- 19) plaatsing in een instelling voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38p WvSr)
- 20) penitentiair programma met zorg (art. 5 Pm)
- 21) interne overplaatsing naar penitentiair psychiatrisch centrum in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw)
- 21) poliklinische verrichtingen door de GGZ in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw)

Diagnostiek

- 22) verdiepingsdiagnostiek
- 23) plaatsing vanwege Pro-Justitia rapportage (art. 196/ 317 WvSv)

Zorg zonder strafrechtelijke titel

- 24) voorgenomen indicatiestelling

Bijlage 3: Onderzoeksvragen (hoofd- en subvragen)

- 1 Hoe verloopt de besluitvorming in de PMO?
 - Op basis van welke informatie wordt besloten dat zorg gewenst is?
 - *Welke randvoorwaardelijke factoren beïnvloeden de besluitvorming*
 - *Via welke route worden gedetineerden verwezen naar het PMO?*

- 2 Is de plaatsing verlopen volgens de daarvoor opgestelde procedures (tijdigheid en juistheid volgens de ontvangende partij)?
 - *Wat zijn de doorlooptijden en in welke mate komen die overeen met de opgestelde procedures?*
 - Hoe zou het proces volgens de actoren soepeler kunnen verlopen?
 - Wat is daarvoor nodig en wat ontbreekt daaraan?
 - *Welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om het proces soepeler te laten verlopen?*

- 3 Wat gebeurt er met gedetineerden die niet instromen in een zorgtraject, waarbij dat wel wenselijk is:
 - Wat zijn de beletselen voor instroom in het zorgtraject (bijv. te korte verblijfsduur, geen geschikt aanbod of anders, *status*)?
 - In welke mate treedt er alsnog een zorgtraject in werking?

- 4 Hoe verloopt het zorgtraject van gedetineerden:
 - Via welk traject stromen zij in (wel/niet via PPC, of EZV)?
 - Op basis van welke criteria vindt besluitvorming plaats naar welke zorginstelling wordt verwezen?
 - In welk type zorg stromen zij in?
 - Hoe is de aansluiting op de detentieperiode?
 - Welk zorgaanbod krijgen zij? Hoe lang nemen zij deel aan het zorgtraject ('dosis', afhaakratio, hoeveel afmakers)?
 - *In hoeverre en op welke wijze speelt de status van de gedetineerde een rol in de wijze waarop het zorgtraject verloopt?*

Bijlage 4: Analyseplan digitale enquête psychologen

Basiszorg	EZV	Ambulante zorg	Klinische GGZ	PPC	Beschermd Wonen
<ul style="list-style-type: none"> • Gedetineerde heeft een hulpvraag die past binnen het aanbod van de basiszorg • Omgeving kan omgaan met het probleem. Ze ervaren voldoende zicht op/contact met gedetineerde. Gedetineerde kan zich adequaat handhaven op de afdeling • Gedetineerde wil (nog) niet in behandeling voor het probleem bij een externe zorgaanbieder, of strafrestant maakt behandeling van het probleem bij een externe zorgaanbieder tijdens detentie onmogelijk 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van kwetsbaarheid door: een psychiatrisch ziektebeeld en/of psychologische kwetsbaarheid (verminderd sociaal functioneren, gebrek aan coping in een crisissituatie) en/of verstandelijke beperking en/of suïcidaliteit al dan niet in combinatie met problemen met betrekking tot Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen • Gedetineerde kan zich niet handhaven in regulier regiem door lichamelijke of geestelijke problemen • Gedetineerde is gebaat bij een rustige, prikkelarmere omgeving • Gedetineerde is gebaat bij een beperkt dagprogramma • Gedetineerde is in principe groepsgeschikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedetineerde heeft een hulpvraag die buiten het aanbod van de basiszorg valt • Behandeling richt zich op hulpvraag van gedetineerde • Gedetineerde wil over deze vraag met een externe zorgaanbieder in gesprek • Gedetineerde geeft toestemming voor uitwisseling van informatie tussen externe zorgaanbieder en het PMO • Het gaat om een probleem dat buiten ook ambulante behandeld zou worden (dat wil zeggen: de omgeving is voor betrokkene voldoende stabiel om behandeling aan te kunnen; er is voldoende persoonlijke steun.) of gedetineerde is (nog) niet gemotiveerd voor een klinische behandeling • Omgeving (afdeling) kan omgaan met het probleem 	<ul style="list-style-type: none"> • De problematiek is zodanig dat een klinische opname/behandeling geïndiceerd is • Gedetineerde is gemotiveerd voor behandeling. • De indicerende zorgprofessionals beoordelen welke motivatie van de betreffende individuele patiënt gevraagd kan/moet worden • Strafrestant en justitiële titel laten plaatsing GGZ toe en het OM gaat akkoord met plaatsing in de GGZ • Complexe en/of meervoudige problematiek (bijv. meerdere As I stoornissen die behandeld moeten worden, As I stoornis in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek, psychische problematiek in combinatie met veel psychosociale problematiek) • Een beperkte draagkracht en andere duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. 	<ul style="list-style-type: none"> • De gedetineerde gemotiveerd is voor behandeling, maar vanwege strafrestant of justitiële titel niet naar de GGZ kan óf • De gedetineerde niet gemotiveerd is voor behandeling of behandeling niet mogelijk is en de reguliere detentieomgeving (personeel of medegedetineerden) niet om kan gaan met het probleem en/óf • Het OM geen toestemming geeft voor plaatsing in de GGZ <p>Hier gelden tevens alle indicaties voor de klinische GGZ. De contra –indicaties gelden hier niet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zwaarte/ernst, aard en/of complexiteit van de problematiek • Begeleiding/behandeling nodig • Begeleiding bij dagbesteding nodig • Outreachende/bemoeizorg nodig (ACT) • Locatie beschermd wonen in buurt gedetineerde • Type delict • Duur justitiële titel • Optimaliseren omstandigheden voor resocialisatie • Goede ervaringen/korte lijn met aanbieder • Beschikbaarheid plek (in verband met lange wachttijd beschermd wonen) • Anders, namelijk...

Basiszorg	EZV	Ambulante zorg	Klinische GGZ	PPC	Beschermd Wonen
		<ul style="list-style-type: none"> • Gedetineerde heeft voldoende draagkracht om de behandeling aan te gaan in de detentiesituatie, zijnde geen behandelsetting. Waar buiten detentie een ambulant contact wellicht genoeg zorg zou kunnen bieden, kan verblijf in de detentiesituatie (minder vrijheid, autonomie en sociale steun) maken dat voor verblijf in een behandelsetting moet worden gekozen – zijnde GGZ/PPC. • De verwachting bestaat dat er een zinvol ambulant zorgtraject uitgevoerd kan worden, dat eventueel/ indien mogelijk na de detentie gecontinueerd wordt. • Het is niet mogelijk/ wenselijk dat de betreffende behandelingen door PMO-leden zelf worden uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> • Een beperkte draagkracht en andere duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie • Als aanloop naar klinische vervolgzorg na detentie <p>NIET mogelijk wanneer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gedetineerde TBS met dwangverpleging is opgelegd • Het OM negatief adviseert over plaatsing in de GGZ • Er sprake is van onrechtmatig verblijf in Nederland • De gedetineerde een levenslange straf opgelegd heeft gekregen • De gedetineerde een verblijf dient te hebben met een zeer hoog beveiligingsniveau • De inschatting van het OM is dat het plaatsen van de gedetineerde in de GGZ maatschappelijke onrust zal veroorzaken • De gedetineerde niet akkoord gaat met plaatsing in de GGZ en er geen indicatie is voor een BOPZ-maatregel • De gedetineerde in afwachting is van uitzetting naar het land van herkomst 		

Bijlage 5: Analyseplan interviews casemanagers/psychologen

	Basiszorg	EZV	Aanvullende ambulante zorg	PPC	Klinische zorg ggz	Beschermd Wonen
Welke zorg is geïndiceerd?	Psychofarmaca gesprekken psycholoog gesprekken psychiater advies bejegening diagnostiek		GGZ- Verslavingszorg (L)VB		GGZ: FPA, FPK Verslavingszorg (L)VB	GGZ Verslavingszorg (L)VB
Is geïndiceerde zorg gerealiseerd? Ja/nee Bij nee waarom niet?	Bij nee Gedetineerde wil niet Geen capaciteit Escalatie problematiek Einde hechtenis/ detentie Anders namelijk	Bij nee Geen plaats Gedetineerde wil niet Escalatie problematiek Einde detentie/ hechtenis Anders namelijk	Bij nee Geen capaciteit Gedetineerde wil niet Aanbieder wil niet Escalatie problematiek Einde detentie/ hechtenis Anders namelijk	Bij nee Geen plaats Einde detentie/ hechtenis anders namelijk	Bij nee Geen plek Gedetineerde geeft geen toestemming Aanbieder wil niet Onvoldoende beveiliging BSF wil niet OM geen toestemming Anders namelijk	Bij nee Geen plaats Geen plek buurt gedetineerde Gedetineerde wil niet Escalatie problematiek BSF wil niet OM geen toestemming Einde detentie/ hechtenis
Is er second best zorg ingezet?	Ja nl	Ja nl	Ja nl	Ja nl	Ja nl	Ja nl
Moest hiervoor een herindicatie worden gesteld?	Ja/nee Ja welke gevolgen had dit voor het traject/ gedetineerde	nvt	Ja/nee Ja welke gevolgen had dit voor het traject/ gedetineerde	Ja/nee Ja welke gevolgen had dit voor het traject/ gedetineerde	Ja/nee Ja welke gevolgen had dit voor het traject/ gedetineerde	Ja/nee Ja welke gevolgen had dit voor het traject/ gedetineerde
Bij geen second best zorg: wat is gebeurd met de gedetineerde						
Hoe lang duurde het voor de geïndiceerde zorg is geleverd?						
Is er in de tussenperiode overbruggings-zorg geleverd? Of zijn specifieke maatregelen ingezet ter overbrugging?	Ja nl	Ja nl	Ja nl	Ja nl	Ja nl	Ja nl
Waarom niet						

	Basiszorg	EZV	Aanvullende ambulante zorg	PPC	Klinische zorg ggz	Beschermd Wonen
Is het zorgtraject voortijdig afgebroken? Ja/nee bij ja waarom	Bij ja Toename ernst problematiek Gedetineerde wil niet Gedrag niet (meer) beheersbaar op afdeling Einde detentie/hechtenis Anders namelijk	Bij Ja Toename ernst problematiek Capaciteit EZV nodig Einde detentie/hechtenis Anders namelijk	Bij ja Motivatie gedetineerde Aanbieder kan niet meer leveren Gedrag gedetineerde door behandeling niet beheersbaar op afdeling Draagkracht gedetineerde is afgenomen Escalatie problematiek Samenwerking met aanbieder loopt vast Einde detentie/hechtenis	Vraag hier: is gedetineerde teruggeplaatst Ja waarom	Vraag hier: is gedetineerde teruggeplaatst Ja waarom	Vraag hier: Is gedetineerde teruggeplaatst? Ja waarom
Hoe verliep/verloopt de samenwerking met de ketenpartners Onderscheiden warme en koude overdracht	nvt	nvt	Goed: Vaste partners Vaste dagen Goede informatie-uitwisseling Korte lijnen Passen binnen kader PI overig Slecht: Leveren niet het gevraagde Leveren niet op tijd Geen goede informatie-uitwisseling Houden geen rekening met kader PI overig	Goed: Korte lijnen Goede informatie-overdracht Overig Slecht: Niet bereikbaar Geen goede informatie-overdracht overig	Goed: Korte lijnen Goed informatie-overdracht Zelfde visie op zorgvraag en benodigde behandeling/begeleiding Overig Slecht: Moeilijk bereikbaar Andere visie op benodigde behandeling/begeleiding Slechte informatie-overdracht overig	Goed: Korte lijnen Goed informatie-overdracht Zelfde visie op zorgvraag en benodigde behandeling/begeleiding Overig Slecht: Moeilijk bereikbaar Andere visie op benodigde behandeling/begeleiding Slechte informatie-overdracht overig

	Basiszorg	EZV	Aanvullende ambulante zorg	PPC	Klinische zorg ggz	Beschermd Wonen
Overdracht zorg bij einde detentie of preventie hechtenis						
Is aansluitende zorg nodig	Ja nl	Ja nl	Ja nl	nvt	Ja nl	Ja nl
Is er aansluitende zorg in gedwongen kader	Ja nl	Ja nl	Ja nl		Ja nl	Ja nl
Hoe verloopt de overdracht naar zorg na detentie? Wat gaat goed? Wat gaat moeizaam of niet?						
Had gedetineerde zorg voor detentie/ hechtenis? Zo ja is die (deels) doorgezet tijdens detentie Zo nee waarom niet						

Bijlage 6: Casussenoverzichten preventief gehechten, afgestraften en arrestanten

B1 Casusoverzicht preventief gehechten

Casus nr	dominante zorgvraag psycho	zorg voor detentie	1e indicatie	resultaat 1e indicatie	Overbruggings-zorg	2e indicatie	resultaat 2e indicatie	overbrugging	laatste zorg tijdens preventieve fase	aansluitende zorg
1	(L)VB	ggz	geen			beschermd wonen	beschermd wonen is nog niet gerealiseerd, aanmelding loopt	basiszorg ter overbrugging wachtlijst (wachtijd onbekend)	basiszorg	beschermd wonen
2	Persoonlijkheidsproblematiek	geen	geen						geen	nee
3	Persoonlijkheidsproblematiek	geen	basiszorg	basiszorg is gerealiseerd, zorg loopt					basiszorg	ambulante zorg
4	verslaving	verslavingszorg	EZV	plaatsing EZV is gerealiseerd, gedetineerde verblijft thans op EZV					EZV	na afstraffing: klinische zorg, na detentie: begeleid wonen
5	(L)VB	geen	EZV	plaatsing EZV is gerealiseerd, toestand stabiliseerde op EZV -> regulier regime					geen	(nog) niet bekend
6	(L)VB	nee	EZV	plaatsing is gerealiseerd, gedetineerde vroeg zelf om behandeling		PPC (kon vanwege strafresistant niet naar GGZ)	plaatsing PPC is gerealiseerd, verloop behandeling is onbekend		PPC	(nog) niet bekend
7	verslaving	geen	EZV	plaatsing EZV is gerealiseerd, maar stabiliseren op EZV lukte niet		PPC	plaatsing is gerealiseerd, verloop behandeling onbekend		PPC	(nog) niet bekend
8	psychiatrische problematiek	geen	EZV + andere basiszorg	plaatsing EZV is gerealiseerd, toestand stabiliseerde op EZV -> regulier regime					basiszorg	ambulante zorg
9	(L)VB	geen	EZV + andere basiszorg	EZV + basiszorg zijn gerealiseerd, gedetineerde verblijft thans op EZV					EZV + andere basiszorg	na afstraffing: EZV + andere basiszorg, na detentie: (nog) niet bekend
10	psychiatrische problematiek + (L)VB	ggz	EZV + andere basiszorg	EZV + basiszorg zijn gerealiseerd, gedetineerde verblijft thans op EZV					EZV + andere basiszorg	(nog) niet bekend

Casus nr	dominante zorgvraag psycho	zorg voor detentie	1e indicatie	resultaat 1e indicatie	Overbruggings-zorg	2e indicatie	resultaat 2e indicatie	overbrugging	laatste zorg tijdens preventieve fase	aansluitende zorg
11	Persoonlijkheidsproblematiek	ggz	ambulante zorg (spoed)	ambulante zorg is gerealiseerd, zorg loopt					ambulante zorg	(nog) niet bekend
12	verslaving	onbekend	ambulante zorg	ambulante zorg is gerealiseerd					ambulante zorg	na afstraffing: klinische zorg (FPK) na detentie: klinische zorg (FPK)
13	verslaving	ggz	ambulante zorg	ambulante zorg is gerealiseerd					ambulante zorg	na afstraffing: ambulante zorg na detentie: ambulante zorg
14	verslaving	ggz	ambulante zorg (zorg van voor detentie is doorgezet)	ambulante zorg is gerealiseerd, zorg loopt	basiszorg ter overbrugging wachtlijst (zeer korte wachttijd)				ambulante zorg	na advies van reclassering en NIFP moet duidelijk worden welke zorg geïndiceerd is
15	(L)VB	verslavingszorg	EZV + ambulante zorg	plaatsing EZV is gerealiseerd, toestand stabiliseerde op EZV -> regulier regime					ambulante zorg	(nog) niet bekend
16	(L)VB	onbekend	EZV + ambulante zorg (spoed)	EZV + ambulante zorg zijn gerealiseerd, gedetineerde verblijft thans op EZV	basiszorg ter overbrugging wachtlijst (zeer korte wachtlijst EZV)				EZV + ambulante zorg	GGZ (FVK) met mogelijkheid beschermd wonen
17	onbekende diagnose	geen	EZV + ambulante zorg	EZV + ambulante zorg zijn gerealiseerd, gedetineerde verblijft thans op EZV	basiszorg ter overbrugging wachtlijst (wachttijd ongeveer 1 week)				EZV + ambulante zorg	na afstraffing: EZV + ambulante zorg, na detentie: DEMO + ambulante zorg
18	psychiatrische problematiek	nee	EZV + ambulante zorg	ambulante zorg is gerealiseerd	basiszorg wegens gebrek aan motivatie ambulant				EZV + ambulante zorg	na afstraffing: ambulante zorg
19	verslaving	verslavingszorg	PPC	plaatsing PPC is gerealiseerd, toestand stabiliseerde in PPC, teruggeplaatst naar PI -> EZV		beschermd wonen	beschermd wonen is nog niet gerealiseerd, aanmelding loopt	basiszorg ter overbrugging wachtlijst	EZV + andere basiszorg	beschermd wonen + ambulante verslavingszorg

Casus nr	dominante zorgvraag psycho	zorg voor detentie	1e indicatie	resultaat 1e indicatie	Overbruggings-zorg	2e indicatie	resultaat 2e indicatie	overbrugging	laatste zorg tijdens preventieve fase	aansluitende zorg
20	psychiatrische problematiek	geen	PPC (spoed)	plaatsing PPC is gerealiseerd, niet behandelbaar, teruggeplaatst naar PI -> regulier regime					geen	(nog) niet bekend
21	Persoonlijkheids-problematiek	onbekend	PPC	plaatsing PPC is uiteindelijk na tussenkomst van advocaat van gedetineerde toch gerealiseerd. verloop behandeling is onbekend	basiszorg wegens weigering PPC: gedetineerde had in het verleden mensen bedreigd in het PPC en was er in eerste instantie niet meer welkom				PPC	(nog) niet bekend
22	psychiatrische problematiek	geen	PPC (spoed)	plaatsing PPC is gerealiseerd, verloop behandeling is onbekend	basiszorg wegens beperkende maatregelen				PPC	(nog) niet bekend
23	psychiatrische problematiek	ggz	PPC	plaatsing PPC is gerealiseerd, verloop behandeling is onbekend					PPC	(nog) niet bekend
24	psychiatrische problematiek	geen	PPC (spoed)	plaatsing PPC is gerealiseerd, verloop behandeling is onbekend					PPC	(nog) niet bekend
25	psychiatrische problematiek	nee	PPC (spoed)	plaatsing PPC is gerealiseerd, verloop behandeling is onbekend					PPC	(nog) niet bekend
26	psychiatrische problematiek	onbekend	PPC (spoed)	plaatsing PPC is gerealiseerd, verloop behandeling is onbekend					PPC	(nog) niet bekend
27	psychiatrische problematiek	verslavings-zorg	PPC (acuut)	plaatsing PPC is gerealiseerd, verloop behandeling is onbekend					PPC	(nog) niet bekend

basiszorg	EZV+basiszorg	PPC
EZV	ambulant	beschermd wonen
EZV+ambulante zorg	klinisch	geen

B2 Casusoverzicht afgestraften

Casus nr	1e indicatie	resultaat 1e indicatie	overbrugging	2e indicatie	resultaat 2e indicatie	overbrugging	laatste zorg	aansluitende zorg nodig?
1	geen (indicatie laatste fase) wegens gebrek motivatie gedetineerde			Ambulante zorg	ambulante zorg is gerealiseerd, zorg loopt		geen	DEMO+ambulante zorg
2	EZV + andere basiszorg	EZV + andere basiszorg zijn gerealiseerd, zorg loopt					EZV + andere basiszorg	nee
3	ambulante zorg	ambulante zorg is gerealiseerd, zorg loopt					ambulante zorg	DEMO+ambulante zorg
4	ambulante zorg (spoed)	geïndiceerde zorg is gerealiseerd, zorg loopt					ambulante zorg	nee
5	Ambulante zorg	ambulante zorg is gerealiseerd, zorg loopt					ambulante zorg	(nog) niet bekend
6	EZV + ambulante zorg	EZV + ambulante zorg zijn gerealiseerd, zorg loopt					EZV + ambulante zorg	DEMO+ambulante zorg
7	PPC (acut)	PPC weigerde gedetineerde vanwege kort strafrestant		second best: klinische zorg (acut)	plaatsing is gerealiseerd (onbekende wachtlijst) traject loopt	EZV ter overbrugging wachtlijst	klinische zorg	nee
8	klinische zorg	na 5 maanden is plaatsing nog steeds niet gerealiseerd		second best: beschermd wonen	plaatsing is binnen 2 weken gerealiseerd, traject loopt		beschermd wonen	beschermd wonen
9	klinische zorg (indicatie D&R)	na 1 maand geplaatst, behandeling loopt (1x time-out)					klinische zorg	(nog) niet bekend
10	klinische zorg	na enkele weken geplaatst, zorg loopt	basiszorg + EZV ter overbrugging wachtlijst				klinische zorg	(nog) niet bekend
11	klinische zorg (FPA)	na 2 a 3 maanden geplaatst, zorg loopt	basiszorg ter overbrugging wachtlijst				klinische zorg	beschermd wonen
12	klinische zorg FPK (indicatie D&R)	plaatsing is niet gerealiseerd in verband met gewijzigde opnamebestemming van de kliniek		klinische zorg FPK 2	plaatsing is snel gerealiseerd, traject loopt (1x time-out)		klinische zorg (FPK)	(nog) niet bekend
13	klinische zorg (FPK)	plaatsing is gerealiseerd (onbekende wachttijd) zorg loopt	basiszorg ter overbrugging wachtlijst				klinische zorg (FPK)	klinische zorg (FPK)

Casus nr	1e indicatie	resultaat 1e indicatie	overbrugging	2e indicatie	resultaat 2e indicatie	overbrugging	laatste zorg	aansluitende zorg nodig?
14	klinische zorg FPK (indicatie D&R)	na 2 maanden geplaatst zorg loopt					klinische zorg (FPK)	(nog) niet bekend
15	klinische zorg FPK (indicatie D&R)	binnen een week geplaatst verloop behandeling is onbekend					klinische zorg (FPK)	klinische zorg
16	klinische zorg (FVA)	plaatsing is gerealiseerd (onbekende wachttijd) zorg is afgebroken wegens ongeoorloofde afwezigheid	basiszorg wegens gebrek aan motivatie	second best: PPC	geïndiceerde zorg is gerealiseerd (onbekende wachttijd) verloop behandeling is onbekend		PPC	klinische zorg
17	klinische zorg (indicatie D&R)	plaatsing is snel gerealiseerd, na twee time-outs definitief teruggeplaatst wegens onveilige situatie in de kliniek		klinische zorg 2	plaatsing is nog niet gerealiseerd, gedetineerde staat op wachttijst		geen	klinische zorg
18	klinische zorg	na ongeveer 6 weken geplaatst, zorg is afgebroken wegens ongeoorloofde afwezigheid	EZV				onbekend	klinische zorg
19	klinische zorg	plaatsing is tot twee maal toe niet gerealiseerd vanwege dossier van gedetineerde en het gepleegde delict		second best: ambulant	ambulante zorg is gerealiseerd, zorg loopt		ambulante zorg	klinische zorg (FVK) + begeleid wonen
20	RIBW (indicatie D&R)	plaatsing is niet gerealiseerd: in de geïndiceerde instelling was geen plek		RIBW 2	binnen 3 a 4 maanden geplaatst, traject loopt		RIBW	RIBW
21	DEMO	plaatsing kon niet gerealiseerd worden vanwege weigering DEMO wegens het delict en het weinige inzicht dat gedetineerde erin vertoont. Opname wordt als te risicovol ervaren	EZV (spoed) wegens weigering DEMO	second best: RIBW	plaatsing is nog niet gerealiseerd, gedetineerde staat op wachttijst	EZV ter overbrugging wachttijst	EZV	(nog) niet bekend
22	DEMO (indicatie D&R)	plaatsing is nog niet gerealiseerd, men wacht op besluit BSF					geen	(nog) niet bekend
23	DEMO + ambulante zorg (indicatie laatste D&R)	plaatsing is nog niet gerealiseerd: onduidelijk waarom niet, het contact met de instelling verloopt zeer stroef					geen	(nog) niet bekend

basiszorg	klinisch
EZV	PPC
EZV+ambulante zorg	beschermd wonen
EZV+basiszorg	geen
Ambulante zorg	

B3 Casusoverzicht arrestanten

casus-nummer	dominante zorgvraag psycho	zorg voor detentie	Opmerkingen	1e indicatie	resultaat 1e indicatie	overbrugging	laatste zorg	aansluitende zorg nodig?
1	gedragmatig	ggz		basiszorg	basiszorg is gerealiseerd		basiszorg	verslavingszorg
2	depressie, angst om te sterven	ggz		basiszorg	basiszorg is gerealiseerd		basiszorg	ggz
3	verward gedrag			PPC (acuut)	plaatsing is snel gerealiseerd		PPC (acuut)	niet bekend

basiszorg
EZV
EZV+ambulante zorg
EZV+basiszorg
Ambulante zorg
klinisch
PPC
beschermd wonen
geen

Bijlage 7: Casusoverzicht ISD'ers

Casus-nummer	dominante zorgvraag	indicatie extramurale fase	resultaat	overbrugging	na de ISD-maatregel
1	verslaving	nog geen indicatie gesteld			nog niet bekend
2	verslaving	FPA 1	geweigerd door FPA, problematiek was te zwaar		
		FPA 2	na paar maanden geplaatst, na 2 keer ongeoorloofd afwezig te zijn geweest, terug in PI met time-out.		nog niet bekend
3	verslaving	gedetineerde was niet gemotiveerd voor klinische behandeling. Beschermd wonen 1 werd geïndiceerd	niet geplaatst, er was geen forensisch bed		
		beschermd wonen 2	niet geplaatst wegens 2 maanden durende ongeoorloofde afwezigheid, vervolgens aangehouden en weer in PI geplaatst		
		beschermd wonen 3	niet geplaatst wegens te lange wachtlijst (na 5 maanden nog niet geplaatst)		
		second best: FPA	nog niet geplaatst: FPA wil van beschermd wonen de toezegging dat hij aansluitend daar naartoe kan gaan.		gesloten behandeling voor laagbegaafden
4	verslaving	FPA 1	na paar maanden geplaatst, terugval in verslaving -> time-out. Daarna twee keer agressief tegen personeel geweest en definitief teruggeplaatst		
		ambulante zorg gericht op agressie	gerealiseerd, succesvol afgerond		
		FPA2	na paar maanden geplaatst, zorg loopt, geen meldingen meer van gebruik of agressie		beschermd wonen
5	verslaving	FVK	na enkele maanden plaatsing is gerealiseerd, zorg loopt		nog niet bekend
6	verslaving	FVK 1	binnen een maand geplaatst, maar gedetineerde wilde terug naar PI. Terug in de PI wilde hij toch weer wel naar FVK		
		FVK 2	plaatsing is gerealiseerd, behandeltraject afgebroken wegens gebrek aan motivatie		PMO overweegt om hem met een rechterlijke machtiging toch klinisch te plaatsen.
7	verslaving	FVK	plaatsing is gerealiseerd, behandeling is succesvol afgerond		
		FVA	plaatsing is gerealiseerd, behandeling is succesvol afgerond		
		Beschermd wonen	plaatsing is gerealiseerd, gedetineerde volgt nu huisvestingstraject		beschermd wonen

Casus-nummer	dominante zorgvraag	indicatie extramurale fase	resultaat	overbrugging	na de ISD-maatregel
8	verslaving	FVK	na 3 maanden geplaatst, maar gedetineerde is wegens agressief gedrag definitief teruggeplaatst naar PI		
		FVA 1	plaatsing is niet gerealiseerd, er was geen plek		
		FVA2	plaatsing is gerealiseerd, maar gedetineerde is wegens agressief gedrag definitief teruggeplaatst naar PI		
		beschermd wonen	plaatsing is niet gerealiseerd, wegens overlijden gedetineerde		nvt
9	verslaving	klinische zorg	na paar maanden geplaatst, zorg loopt, gedetineerde heeft toekomstplannen en is nog steeds clean		nog niet bekend
10	verslaving	PMO indiceerde FVK voor diagnose en behandeling	plaatsing is niet gerealiseerd. NIFP/IFZ indiceerde FPK. Hier is gedetineerde op intake geweest, maar dit bleek niet de juiste plek voor hem te zijn	basiszorg (o.a. diagnostiek)	
		FVA	plaatsing is gerealiseerd, behandeltraject na een time-out en een vluchtpoging definitief afgebroken	basiszorg (o.a. diagnostiek)	
		FPA	plaatsing is gerealiseerd, behandeltraject afgebroken wegens ongeoorloofde afwezigheid. Teruggeplaatst in PI.		nog niet bekend
11	verslaving	FPA	na paar maanden geplaatst, behandeling loopt, geen time-outs tot nu toe		beschermd wonen
12	verslaving	FVK	na 1 maand geplaatst, time-out van een paar maanden gehad na een ernstig agressief incident, daarna een time-out wegens passief gedrag, nu overleg of hij definitief wordt teruggeplaatst.		zelfstandig wonen met 2x per week ambulante zorg
13	verslaving	ambulante zorg	ambulante zorg is gerealiseerd. Twee keer time-out gehad wegens terugval in gebruik		zelfstandig wonen met elektronisch toezicht en begeleiding
14	verslaving	FPA voor diagnostiek en behandeling	plaatsing is snel gerealiseerd, behandeling succesvol afgerond		
		begeleid wonen	plaatsing is gerealiseerd, gaat goed		beschermd wonen met ambulante zorg
15	verslaving	FPA	na 4 maanden geplaatst, behandeling gaat met vallen en opstaan, er is een time-out geweest		nog niet bekend
16	verslaving	FPK	plaatsing is nog niet gerealiseerd, gedetineerde staat op wachtlijst (verwachting is dat het 3 a 4 maanden duurt)		nog niet bekend

Casus-nummer	dominante zorgvraag	indicatie extramurale fase	resultaat	overbrugging	na de ISD-maatregel
17	verslaving + verstandelijk	duurzaam klinisch verblijf	plaatsing is gerealiseerd, maar na twee weken afgebroken, omdat de rechter er geen toestemming voor gaf (mocht niet tijdens ISD)		
		FPK	plaatsing is na 1 jaar gerealiseerd. Wegens intimiderend gedrag en drugsgebruik eerst time-out gekregen, daarna definitief teruggeplaatst		klinische zorg is nodig, maar de verwachting is dat klinieken gedetineerde zullen weigeren
18	psychiatrisch	FPA	binnen 1 maand geplaatst, behandeling verloopt tot nu toe goed		nog niet bekend
19	psychiatrisch	klinische zorg 1	niet geplaatst, kliniek weigerde gedetineerde op basis van delictgeschiedenis		
		klinische zorg 2	niet geplaatst, wachtlijst was te lang		
		klinische zorg 3	nog niet geplaatst, staat op wachtlijst		klinische zorg gevolgd door beschermd wonen
20	psychiatrisch + verslaving	klinisch (dubbele problematiek)	na paar maanden geplaatst, behandeling afgebroken wegens het tot twee keer toe plegen van een delict tijdens ongeoorloofde afwezigheid, eerst time-out gekregen, vervolgens definitief teruggeplaatst in PI		
		beschermd wonen + ambulante	relatief snel geplaatst, maar wederom afgebroken wegens het plegen van een delict tijdens ongeoorloofde afwezigheid		klinische zorg is nodig, maar kans van slagen is klein, alle eerdere klinische behandelingen moesten worden afgebroken
21	psychiatrisch + verslaving	FPK	zonder wachttijd geplaatst, behandeltraject is afgebroken wegens gebrek aan motivatie		nog niet bekend
22	verstandelijk	nog geen indicatie gesteld			agressieregulatietraining
23	verstandelijk	beschermd wonen	plaatsing is nog niet gerealiseerd, gedetineerde staat op wachtlijst		nog niet bekend
24	persoonlijkheid	FPA (grote problematiek, dubbele diagnose), als het niet lukt in FPA wordt indicatie omgezet naar PPC	plaatsing is nog niet gerealiseerd, gedetineerde staat op wachtlijst		nog niet bekend
25	persoonlijkheid	nog geen indicatie gesteld			nog niet bekend
26	persoonlijkheid + verslaving	klinische zorg	nog niet geplaatst, staat al enkele maanden op wachtlijst	basiszorg	klinische zorg gevolgd door beschermd wonen

basiszorg	klinisch
EZV	PPC
EZV+ambulante zorg	beschermd wonen
EZV+basiszorg	geen
Ambulante zorg	



DSP-groep BV
Van Diemenstraat 374
1013 CR Amsterdam

T +31 (0)20 625 75 37
dsp@dsp-groep.nl
www.dsp-groep.nl

KvK A'dam 33176766

DSP-groep, opgericht in 1984, is een onafhankelijk landelijk bureau voor onderzoek, advies en management, met vijftig medewerkers. We werken in opdracht van overheden en maatschappelijke organisaties op regionaal, lokaal en (inter)nationaal niveau.

Werkvelden

De werkvelden waarop we de meeste expertise hebben opgebouwd zijn veiligheid, jeugd, sport, kunst en cultuur, onderwijs, openbare ruimte en groen, sociaal beleid, stedelijke vernieuwing, welzijn, wonen en wijkgericht werken.

Dienstverlening

We ondersteunen onze opdrachtgevers bij complexe vraagstukken. We kunnen onderzoek doen, een registratiesysteem of monitor ontwikkelen, een advies uitbrengen, een beleidsvisie voorbereiden, een plan toetsen of tijdelijk het management voeren. DSP-groep geeft ook trainingen, workshops en lezingen.

Meer weten?

Neem vrijblijvend contact met ons op voor meer informatie of om een afspraak te maken. Bezoek onze website www.dsp-groep.nl voor onze projecten, publicaties en opdrachtgevers.