

Vergaderjaar 1999–2000

**26 800 VI**

## **Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2000**

**Nr. 75**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN JUSTITIE**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juni 2000

#### **I. Aanleiding**

De aanleiding voor deze brief, die is geschreven mede namens mijn ambtgenoot van VWS, is de 16 december jl. aangenomen motie<sup>1</sup> in de Tweede Kamer met de volgende inhoud:

*«De Kamer, onder meer overwegende dat een toenemend aantal van de gedetineerden in gevangnissen en huizen van bewaring aan een psychische of persoonlijkheidsstoornis lijdt, verzoekt de regering om de mogelijkheid van behandeling in detentie te bespreken met de betrokken instellingen en op basis hiervan op korte termijn een notitie aan de Kamer te sturen»*

Met de indieners van deze motie ben ik van mening dat de situatie in het gevangeniswezen aanleiding geeft tot beleidsintensivering en ontwikkeling van nieuw beleid. De motie sluit aan bij het beleid dat de ministers van VWS en van Justitie op dit punt al enige tijd geleden hebben ingezet. Met deze brief informeer ik u enerzijds over de stand van zaken rond het reeds ingezette beleid. Anderzijds zal ik aangeven op welke punten beleidsintensivering dan wel nieuw beleid geïndiceerd is.

In II. wordt kort aangegeven om welke doelgroep het in deze brief gaat. In III. is aan de orde wat inmiddels gedaan is aan de problematiek. In IV. wordt ingegaan op de knelpunten in deze, terwijl in V. de mogelijkheden en grenzen worden besproken. Het toekomstig beleid komt in VI. aan de orde, waarna het slot VII. volgt.

#### **II. Behandeling en gedetineerde populatie**

De groep die met de motie bedoeld wordt, is de groep psychisch gestoorde gedetineerden die behandeling behoeven. Binnen deze groep onderscheid ik:

<sup>1</sup> TK 1999/2000 26 800 VI, nr. 38.

#### *a. gedetineerden die lijden onder hun psychische stoornis*

Voor deze groep geldt dat zij detentieschade kan oplopen en dat getracht moet worden hen tenminste niet zieker te laten worden tijdens detentie. Tot deze groep behoren tevens gedetineerden die aangeven lijdensdruk te ervaren en die behandeling zouden aanvaarden wanneer dit aangeboden zou worden. Behandeling voor deze groep is derhalve noodzakelijk en/of wenselijk.

#### *b. gedetineerden die een groot recidiverisico met zich meebrengen*

Deze groep hoeft weliswaar niet te lijden onder de symptomen van hun psychische stoornis maar levert bij terugkeer in de samenleving een ernstig recidiverisico op, bijvoorbeeld zedendelinquenten. Behandeling is derhalve wenselijk vanwege de maatschappelijke noodzakelijkheid.

Voor de overige niet onder categorie a) en b) vallende psychisch gestoorde gedetineerden is er al beleid in ontwikkeling. Het gaat om die gedetineerden voor wie de reguliere penitentiaire zorgverlening onder monitoring van het PMO (psycho-medisch overleg) volstaat. Vanuit het oogpunt van recidivepreventie is voor deze groep behandeling tijdens de detentieperiode niet primair wenselijk of noodzakelijk.

Een andere groep vormen de tbs-passanten, die middels zogenaamde pre-klinische interventies (in een gevangenis of Huis van Bewaring) worden voorbereid op de tbs-behandeling die komen gaat. Dit model van pre-klinische interventies zal verder worden uitgewerkt in het kader van de implementatie van het tbs-verbetertraject.

Dan is er nog de groep gedetineerden voor wie het criterium medisch noodzakelijke zorg van toepassing is. Deze groep lijdt aan een zodanige ernstige psychische stoornis dat overplaatsing naar een klinische GGZ-instelling is geïndiceerd. Bij ernstige beheersproblemen wordt deze groep opgevangen binnen bijzondere afdelingen binnen het Gevangeniswezen.

### **III. Stand van zaken psychische problematiek in detentie**

De afgelopen jaren hebben verschillende onderzoeken plaatsgevonden naar de prevalentie van psychische stoornissen onder gedetineerden<sup>1</sup>. Ook zijn diverse beleidsnota's verschenen waarin de zorg aan gedetineerden met psychische stoornissen centraal stond, en waarin aanbevelingen zijn gedaan met betrekking tot de verbetering van dat zorgaanbod. Meest recent is de rapportage van de werkgroep Forensische Zorg uit december 1996. Deze werkgroep is ingesteld naar aanleiding van een motie van het kamerlid Dittrich, waarin de ministers van Justitie en VWS werden verzocht de mogelijkheid te onderzoeken om bepaalde psychisch gestoorde gedetineerden over te plaatsen naar een gesloten afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

De analyse van de Werkgroep Forensische Zorg heeft geresulteerd in een groot aantal aanbevelingen ter verbetering van de bestaande praktijk binnen het gevangeniswezen, de geestelijke gezondheidszorg en op het grensvlak van beide sectoren. Deze aanbevelingen zijn door het kabinet overgenomen en nog steeds richtinggevend in het beleid zoals dat thans door beide ministers gevoerd wordt ten aanzien van de forensische psychiatrie.

Inmiddels is het volgende in ontwikkeling gebracht, deels door de Werkgroep Forensische Zorg.

- In het gevangeniswezen is het zorgaanbod aan gedetineerden met psychische stoornissen uitgebreid.
- Daarnaast zijn er Bijzondere Zorg Afdelingen (BZA's)<sup>2</sup>, bovenlokale

---

<sup>1</sup> O.a. drs. D.F.R. de Vrugt «Psychisch gestoorde in detentie. Onderzoek naar de groep psychisch gestoorde gedetineerden die bekend zijn bij de psycholoog in de inrichting» (nog te verschijnen).

<sup>2</sup> De inzet was dat in alle gesloten penitentiaire inrichtingen een BZA zou worden geformeerd. Dat is grotendeels gerealiseerd.

Individuele Begeleidingsafdelingen (IBA's)<sup>1</sup> (voor gedetineerden met ernstiger psychische stoornissen), BIBA's zijnde IBA's met een hoge graad van beveiliging (BIBA)<sup>2</sup> en een landelijke Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling (FOBA). De FOBA biedt crisis-interventie (psychiatrische crisis/suïcidaliteit) en heeft een schakelfunctie naar voorzieningen buiten het gevangeniswezen.

- Bovendien hebben vrijwel alle gesloten penitentiaire inrichtingen een Psycho Medisch Overleg (PMO) waarin de inrichtingspsycholoog, de inrichtingsarts en de forensisch psychiater functioneren. Het PMO coördineert de zorg en geeft individuele beleidsadviezen aan het lijnmanagement wanneer zij tekorten in de zorg constateert.
- Naast deze voorzieningen in het gevangeniswezen zijn in verschillende delen van het land samenwerkingsverbanden (circuits) in ontwikkeling rond de doelgroep van forensisch-psychiatrische patiënten. In deze samenwerkingsverbanden zijn zowel justitiële instellingen (tbs-klinieken, penitentiaire inrichtingen, reclassering, forensisch-psychiatrische diensten) als Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's), Forensische Psychiatrische Klinieken (FPK's), forensische poliklinieken en algemene GGZ-instellingen vertegenwoordigd<sup>3</sup>. In regio's waar dergelijke forensisch-psychiatrische zorgcircuits al wat langere tijd bestaan, wordt in toenemende mate een gezamenlijke verantwoordelijkheid gedragen voor de zorg voor forensisch-psychiatrische patiënten, hetgeen tot uiting komt in regionale afspraken rond o.a. indicatiestelling, crisisinterventie, resocialisatie en nazorg.

Bovendien heeft de werkgroep «Medisch Noodzakelijke Zorg», die ontstaan is naar aanleiding van de rapportage van de Werkgroep Forensische Zorg, een screeningsinstrument ontwikkeld, op grond waarvan bepaald kan worden welke gedetineerden een dusdanige urgente zorgbehoefte hebben, dat overplaatsing naar een klinische GGZ-instelling geïndiceerd is. Het screeningsinstrument wordt momenteel in twee pilotregio's op bruikbaarheid beproefd en zal in 2001 landelijk worden ingevoerd.

In dezelfde pilotregio's wordt thans, analoog aan de ontwikkelingen in de GGZ, ook geëxperimenteerd met regionale indicatiestelling op het terrein van de forensische psychiatrie. Er zullen indicatiecommissies worden gevormd, die gaan bepalen of opname in de GGZ is geïndiceerd, welk type GGZ-zorg en in welke setting deze zorg geboden dient te worden. Op deze wijze wordt het grensverkeer tussen justitiële en GGZ-instellingen transparanter en de continuïteit van zorg beter gewaarborgd.

Tenslotte is de afgelopen jaren de GGZ-capaciteit voor forensisch-psychiatrische patiënten uitgebreid<sup>4</sup>.

Behalve bovenstaande verbeteringen heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan, die bij de uitwerking van onderhavige motie in ogenschouw moeten worden genomen.

In de eerste plaats is de wetgeving, met name de totstandkoming van de Penitentiaire Beginselenwet van belang.

In de tweede plaats doel ik op de positieve ervaringen die de laatste jaren zijn opgedaan met behandeling van bepaalde groepen gedetineerden in het gevangeniswezen; zo zijn in Nederland experimenten gestart met het bieden van een preklinisch hulpaanbod aan tbs-passanten, en zijn in een aantal landen (zoals Engeland, Canada en de VS) goede resultaten geboekt met de behandeling («no cure but control») van bepaalde gedetineerden met een psychische stoornis. De genoemde ervaringen bieden op zich een interessant perspectief op de praktische en therapeutische mogelijkheden en grenzen van behandeling in het gevangeniswezen. Ik zal nader bezien welke elementen hiervan op de Nederlandse situatie kunnen worden toegepast.

<sup>1</sup> Er zijn momenteel IBA's in 1 inrichting voor vrouwen, in 4 HvB's voor mannen, in 2 gevangeniswezen voor mannen en in één jeugdgevangenis.

<sup>2</sup> Er zijn nu 2 BIBA's in 2 gevangeniswezen voor mannen.

<sup>3</sup> tbs: Ter beschikkingstelling; GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg.

<sup>4</sup> Momenteel zijn er 2 FPK's, 1 pre-FPK, 8 FPA's, 8 forensisch-psychiatrische poliklinieken, en 40 forensische RIBW-plaatsen t.b.v. tbs-ers.

Ten derde is er de mogelijkheid om behandeling van psychische stoornissen op te nemen als onderdeel van een penitentiair programma.

#### IV. Knelpunten

Ondanks het feit dat op verschillende fronten positieve resultaten zijn geboekt, doet zich in de zorg voor gedetineerden met psychische stoornissen nog steeds een aantal knelpunten voor.

1. Geconstateerd is dat het hiervoor geschetste beleid weliswaar ingezet en richtinggevend is voor de praktijk, maar dat **de praktijk** nog niet zo ver ontwikkeld is. Het gaat daarbij vooral om de groep gedetineerden met psychische stoornissen, die niet in aanmerking komt voor overplaatsing naar de GGZ; een groep overigens waarvoor niet alleen het gevangeniswezen zelf, maar ook de (ambulante) GGZ verantwoordelijkheid draagt. De middelen in het gevangeniswezen blijken op dit moment niet toereikend te zijn om voldoende zorg op maat te kunnen bieden. Hierop kom ik terug op blz. 6 van deze brief.
2. Ook blijken er capaciteitsproblemen te zijn onder meer bij de FOBA en IBA. De FOBA heeft een wachtlijst van enkele weken en kan daardoor derhalve niet de crisisopvang bieden die geboden zou moeten worden in acute crisis. En verder vergen de beheersgevaarlijke en zorgbehoefte gedetineerden een individuele aanpak, waarvoor een tekort aan menskracht is.
3. Een ander knelpunt is het feit dat het ambulante GGZ-behandelaanbod voor psychisch gestoorde gedetineerden in enitentiaire inrichtingen nog onvoldoende tot ontwikkeling is gekomen.
4. Daarnaast dient er meer aandacht te zijn voor de continuïteit van de zorg inclusief de nazorg, de zorg aan mensen met psychische stoornissen ná detentie. Een goede nazorg is van essentieel belang in het kader van het streven gedetineerden een perspectief op een maatschappelijk aanvaardbaar bestaan te bieden. Bovendien is nazorg van belang omdat het merendeel van de gedetineerden kortgestraft is, veelal te kort voor het voltooiën van een (langdurige) behandeling. Deze nazorg dient tijdens detentie voorbereid te worden, zodat de behandeling na afloop van de detentie direct kan worden gestart.

#### V. Mogelijkheden en grenzen voor behandeling in detentie

De wetgeving verzet zich op zich zelf niet tegen behandeling in het gevangeniswezen. In de op 1 januari 1999 inwerking getreden Penitentiaire Beginzelenwet (PBW) is het recht op medische verzorging van de gedetineerde neergelegd. Op grond van artikel 42 lid 1 heeft de gedetineerde recht op verzorging door een aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger. In de Memorie van Toelichting wordt vermeld dat ook een psychiater als een aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger kan worden aangemerkt. Dit betekent dat in tegenstelling tot wat in de praktijk vaak wordt gedacht behandeling van psychische stoornissen in het gevangeniswezen op grond van de PBW mogelijk is.

Er zijn echter grenzen aan de behandeling in detentie. Zoals het feit dat een penitentiaire inrichting geen zorginstelling is, wel een zorgplicht heeft maar geen behandelopdracht. Penitentiaire inrichtingen voeren doorgaans een standaardregime. In dit standaardregime wordt basiszorg geboden. Als blijkt dat een gedetineerde een psychische stoornis heeft en de zorg in het standaardregime voor hem niet toereikend is, wordt hiervoor een oplossing gezocht. Hiertoe zijn de verschillende eerder beschreven regimevarianten en bijzondere voorzieningen beschikbaar. De zorg die geboden wordt, onderscheidt zich van de behandeling die in een tbs-kliniek plaatsvindt vanwege de verschillende doelstellingen<sup>1</sup>. De grenzen van de zorg worden aangegeven door de gebouwelijke conditie

---

<sup>1</sup> De tbs-behandeling is intensief en primair gericht op het verminderen van delictgevaarlijkheid, middels behandeling van de aan de gevaarlijkheid ten grondslag liggende psychische stoornis.

(nadruk op veiligheid, uitstraling), het personeel (geen therapeuten, wel toegerust voor begeleiden psychisch gestoorden), het regime (voldoende ruimte bieden), de organisatie (communicatiestructuur, personele bezetting, plaatsing) en het budget.

Psychische behandeling omvat ambulante psychosociale advisering en voorlichting, behandeling of begeleiding gericht op herstel of voorkomen van verergering van een verstoring in het psychosociaal functioneren. Dit betekent dat het hulpaanbod, dat afgestemd moet zijn op de doelgroep in detentie, vele vormen aan kan nemen zoals pre-therapeutische interventie (gericht op het motiveren van een gedetineerde), medicamenteuze behandeling, groepstherapie, terugval preventie therapie (tvp), gedragsbeïnvloeding.

## **VI. Toekomstig beleid**

### *Voortzetting en intensivering huidig beleid*

De ontwikkelingen die reeds inganggezet zijn zullen worden voortgezet en geïntensiveerd. Inmiddels is bij Voorjaarsnota 2000 12,8 mln. aan de begroting van het ministerie van Justitie toegevoegd ter intensivering van de forensische zorg. In de begroting 2001 van de ministeries van VWS en Justitie wordt de meerjarige doorwerking van deze intensivering gepresenteerd.

Hierbij gaat het met name om uitbreidingen van de FOBA (bijna verdubbeling van de huidige capaciteit), IBA-capaciteit, ambulante zorg vanuit forensische poliklinieken, FPK- en FPA-capaciteit onder andere ten gunste van de doorstroom van het gevangeniswezen naar de GGZ. Daarbij zal de formatie van inrichtingspsychologen worden uitgebreid en die van de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) t.b.v. ambulante zorg.

### *b. Nieuwe initiatieven*

Voor 2000 wil ik een klein aantal voorbeeldprojecten met betrekking tot ambulante zorg in detentie starten waar o.a. methodiekontwikkeling zal plaatsvinden. De randvoorwaarden hiervoor zijn hieronder (deels) uitgewerkt.

De voorbeeldprojecten zullen begeleid worden door wetenschappelijk onderzoek (monitoring), waarmee de haalbaar- en bruikbaarheid, de inhoudelijke doelstellingen van de behandelprojecten en de effecten dienen te worden bestudeerd. De behandelmodellen dienen «evidence based» te zijn.

Daarnaast zullen speciaal op pedoseksuele delinquenten gerichte behandelprogramma's (terugvalpreventie therapie) worden aangeboden (zie brief aan Tweede Kamer van 1 mei 2000).

In studie is momenteel de voorwaardelijke invrijheidsstelling. Bezien moet worden of de tijd is aangebroken voor hernieuwde aandacht voor het opnemen van een psychische behandeling als onderdeel van de voorwaardelijke invrijheidstelling.

### *c. De randvoorwaarden in aanvulling op de in deze brief geschetste ontwikkelingen:*

De grenzen van de zorg dienen hierbij eveneens in aanmerking te worden genomen, zoals die hiervoor zijn vermeld (zie V.).

### 1. screening aan de poort

Het voorstel is om een screening bij de intake te laten plaatsvinden, teneinde te bepalen in welke gevallen psychische hulp dient te worden geboden. Momenteel vinden bij de inrichtingen intakegesprekken plaats, waaraan de genoemde screening kan worden gekoppeld. Het veld wordt uitgenodigd aan te geven op welke wijze dit dient te gebeuren en met welk instrumentarium. De haalbaarheid van een dergelijk screenings-instrument dient zorgvuldig te worden beoordeeld.

### 2. aansluiting zoeken bij reeds inganggezette ontwikkelingen in het buitenland (Canada en UK) en het veld

Een voorbeeld hiervan is de groepstherapie die wordt gegeven aan zeden-delinquenten in het Huis van Bewaring te Breda.

Voor wat betreft de buitenlandse ervaringen wordt nader bezien welke elementen hiervan op de Nederlandse situatie kunnen worden toegepast.

### 3. behandeling door GGZ.

De keuze voor GGZ-instellingen ligt in de rede omdat bij deze organisaties reeds de benodigde deskundigheid aanwezig is en de continuïteit van zorg na detentie beter gegarandeerd kan worden. Bovendien blijft, door de hulpverlening in handen te geven van GGZ-instellingen, de scheiding tussen straffen en behandeling duidelijk.

### 4. de zorg in één traject

De zorg voor de gedetineerde dient in één traject te worden vormgegeven, waarbij de gedetineerde vanaf het begin van de detentie begeleid wordt tot en met de nazorg. Eén instelling dient daarvoor de centrale regie en een schakelfunctie naar de GGZ te hebben. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de reclassering.

## **VII. Slot**

De motie over het geconstateerde toenemend aantal gedetineerden in gevangenissen en huizen van bewaring met een psychische stoornis heeft mij in de gelegenheid gesteld nogmaals te benadrukken dat goede zorg aan gedetineerden met psychische stoornissen van groot belang is. Dat belang is er niet alleen voor de gedetineerde zelf, maar ook voor de maatschappij.

Hetgeen ik u hierin schets is geen nieuwe benadering maar veeleer een voortzetting en intensivering van reeds inganggezet beleid. Het huidige niveau van zorg dient onaangetast te blijven en zal waar mogelijk verder ontwikkeld worden.

Naast de intensivering van bestaand beleid zal er een versterking van de zorg door o.a. forensische poliklinieken binnen detentie gerealiseerd worden.

Voor 2000 wil ik een klein aantal voorbeeldprojecten starten waar o.a. methodiekontwikkeling zal plaatsvinden. De voorbeeldprojecten zal ik door wetenschappelijk onderzoek laten begeleiden.

Mede namens de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport,

De Minister van Justitie,  
A. H. Korthals