

## **Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen (samenvatting)**

**Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering,  
indicatiestelling en plaatsing**

Willemijn Roorda

Wendy Buysse

# SAMENVATTING



# Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen (samenvatting)

Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering,  
indicatiestelling en plaatsing

Willemijn Roorda  
Wendy Buysse

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.*

## 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).<sup>1</sup>

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'ers<sup>2</sup>) 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 vanaf het moment dat de gedetineerden binnenkomen in de PI tot het moment dat zij de PI weer verlaten.

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

Gemmert, 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

## 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 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 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.

### **Instroom 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 geoordeelde 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.





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, zorg en 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](http://www.dsp-groep.nl) voor onze projecten, publicaties en opdrachtgevers.