

# Overlijden in detentie



De burger heeft er recht op behoorlijk behandeld te worden door de overheid. En laten we duidelijk zijn: meestal gebeurt dat ook. Maar het lukt niet altijd. En dan is het goed dat iemand die zich benadeeld of onrechtvaardig behandeld voelt, voor bescherming terecht kan bij een onafhankelijk instituut. Dat instituut is de Nationale ombudsman.

De Nationale ombudsman levert een bijdrage aan het herstel van vertrouwen in de overheid. Hij doet dit door zijn kennis te delen met overheidsinstanties, onderzoek te starten of mensen te helpen bij onnodige bureaucratie. Een onderzoek van de Nationale ombudsman kan worden afgesloten met een rapport. Deze rapporten zijn openbaar en worden gepubliceerd op [www.nationaleombudsman.nl](http://www.nationaleombudsman.nl)

# Overlijden in detentie

## **Onderzoeksteam**

Mevrouw mr. J. Verhoef  
Mevrouw mr. E.J.E. Govers  
Mevrouw drs. M.E. van den Dongen  
De heer mr. M.T. van Dijk  
Mevrouw mr. S.E. Marseille  
Mevrouw mr. P.C. van Dorst

## **Ondersteuning**

mevrouw bc. A.S. Broeshart

Rapportnummer: 2012/037

Datum: 12 april 2012

## Beschouwing

Het radioprogramma Argos was in mei 2011 gewijd aan gedetineerden die in de gevangenis waren overleden. Ik schrok ervan dat in de uitzending bewakers vertelden dat ze de cel niet in waren gegaan op het moment dat een gedetineerde ernstig ziek was, omdat ze dat niet mochten. Dat feit kwam bij het onderzoek dat na het overlijden van die gedetineerde had plaatsgevonden, onvoldoende aan het licht. Deze uitzending liet mij met vragen over de zorg voor mensen in detentie achter.

Met regelmaat overlijden mensen in detentie door zelfdoding of een andere oorzaak. Steeds kan de vraag rijzen of een dergelijk incident voorkomen had kunnen worden. Als iemand gevangen zit - in detentie is - dan is hij vrijwel volledig afhankelijk van de zorg van de overheid. Dit betekent dat de overheid een zwaarwegende zorgplicht heeft voor deze mensen. Deze zorgplicht moet betrouwbaar ingevuld worden, zodanig dat erop vertrouwd kan worden dat de overheid steeds goed zorgt voor mensen in detentie. Desondanks kan het gebeuren dat een gedetineerde komt te overlijden.

Als zo'n onverwachte gebeurtenis plaatsvindt, is dat een schok voor de nabestaanden, de medegebeteneerden, het gevangenispersoneel en de samenleving. En er kunnen vragen rijzen: Wat is er gebeurd, er is iets mis gegaan, maar wat? Had het overlijden voorkomen kunnen worden?

Die vragen moeten in een onafhankelijk onderzoek beantwoord worden. Twee onderwerpen staan daarbij centraal. In de eerste plaats de vraag of voorafgaand aan de dood voldoende zorg aan betrokkene is verleend. Dat kan reguliere medische zorg zijn, maar bij psychische nood die voorafgegaan is aan een zelfdoding gaat het mede om psychologische of psychiatrische zorg. In de tweede plaats moet na het overlijden onderzoek plaatsvinden naar de oorzaak van de dood. Dat is enerzijds van belang voor mogelijke nabestaanden, zodat zij zoveel als mogelijk te weten kunnen komen hoe en waarom betrokkene overleden is. Hiermee legt de overheid ook verantwoording af over de geleverde zorg. Anderzijds is het steeds van belang om bij incidenten te toetsen of voldoende zorg is verleend en of er lessen voor de toekomst uit het gebeurde getrokken kunnen worden.

Dit impliceert dat na overlijden in detentie steeds een onafhankelijk onderzoek plaats zal moeten vinden en dat de resultaten daarvan openbaar moeten zijn. Uiteraard met respect voor de overledene en diens persoonlijke levenssfeer. De openbare informatie moet gericht zijn op de rol van de gevangenisautoriteiten en hulpverleners.

In dit rapport heb ik mede aan de hand van tien concrete overlijdensgevallen waaronder zelfdodingen onderzocht of de overheid in de detentieperiode tot de dood en na het overlijden juist handelt. Ik ben kritisch over die rol van de overheid, omdat het onderzoek niet voldoende onafhankelijk is, niet integraal is, er niet altijd onderzoek plaatsvindt en het onderzoek vaak onvolledig is. Bovendien is er onvoldoende oog voor de belangen van nabestaanden. Er wordt ook te weinig geleerd van de mogelijke uitkomsten van het onderzoek.

Een zwak punt in de zorg voor gedetineerden vormt de informatievoorziening. Er vindt niet steeds binnen 24 uur een intake plaats. Ook schiet de informatieoverdracht en informatie-uitwisseling over de medische status van gedetineerden in een aantal gevallen tekort.

De Nationale ombudsman,

A handwritten signature in dark blue ink, consisting of a large, stylized initial 'C' followed by a series of connected, cursive letters.

dr. A.F.M. Brenninkmeijer



## Samenvatting

### Inleiding

In 2011 hebben penitentiaire inrichtingen 39 gevallen van overlijden van een gedetineerde gemeld. In de afgelopen jaren heeft de Nationale ombudsman klachten ontvangen van nabestaanden van wie de vragen over het overlijden van een dierbare in een politie- of justitieel onvoldoende waren beantwoord. Ook in de media is aandacht besteed aan een aantal recente overlijdensgevallen in penitentiaire inrichtingen. Wanneer een gedetineerde sterft, is sprake van overlijden in een bijzondere situatie. De vrijheid is hem of haar immers ontnomen. In deze afhankelijke situatie heeft de overheid de verplichting zorg te dragen voor deze persoon. De Nationale ombudsman heeft een onderzoek uit eigen beweging uitgevoerd naar de manier waarop de overheid handelt rond overlijden in detentie. De ombudsman heeft zijn onderzoek gericht op penitentiaire inrichtingen (gevangenissen, huizen van bewaring).

### Behoorlijk onderzoek door overheid na een overlijden

Behoorlijk optreden door de overheid omvat dat grondrechten zoals het recht op leven en het recht op gezondheid worden gerespecteerd. Uit artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) vloeit de verplichting voort om het leven van burgers te beschermen. Deze verplichting kent ook een procedureel aspect: het verrichten van onafhankelijk onderzoek naar de toedracht in geval van overlijden. Maatstaven voor het onderzoek naar overlijden van een gedetineerde vloeien ook voort uit andere behoorlijkheidsnormen zoals het vereiste van bijzondere zorg. Voor de Nationale ombudsman is van belang dat de overheid open en duidelijk, en daarnaast: eerlijk en betrokken, handelt bij een overlijden in detentie. Daarbij moet de overheid voldoende aandacht hebben voor de nabestaanden.

Naar een overlijden in detentie vinden twee afzonderlijke onderzoeken plaats. De politie en het Openbaar Ministerie onderzoeken of het overlijden een gevolg is van strafbaar handelen of nalaten. In het calamiteitenonderzoek wordt gekeken naar de verleende (medische) zorg voorafgaand aan het overlijden. De IGZ heeft de taak toezicht te houden op de naleving van de meldplicht bij een calamiteit en het daaruit voortvloeiende onderzoek.

### Huidige praktijk voldoet niet

De Nationale ombudsman komt tot de conclusie dat de wijze waarop een overlijden in detentie nu wordt onderzocht, niet op alle punten voldoet aan de behoorlijkheidsnormen die de Nationale ombudsman stelt aan een dergelijk onderzoek.

- Er is geen integraal onderzoek naar de oorzaak en de omstandigheden van overlijden in detentie. Er vinden op dit moment twee afzonderlijke deelonderzoeken plaats die gezamenlijk niet voldoen als een behoorlijk onderzoek naar waarheidsvinding in een individueel geval van overlijden in detentie.
- Er is onvoldoende aandacht voor de onafhankelijkheid van het onderzoek terwijl dat wel noodzakelijk is om een betrouwbaar beeld te krijgen. Het doel van onderzoek naar het overlijden van een gedetineerde is niet alleen het zoeken naar interne verbeterpunten of eventuele strafbare feiten. Het gaat er ook om dat de overheid transparant en betrouwbaar is voor de nabestaanden, samenleving en overige gedetineerden.
- Er vindt niet in alle gevallen onderzoek plaats. De overheid is verantwoordelijk voor de zorg aan een ieder die onder haar hoede is geplaatst. Dat geldt voor alle gedetineerden maar het blijkt dat niet naar ieder overlijden onderzoek wordt ingesteld. Niet in alle gevallen wordt door de PI een melding aan de IGZ gedaan.
- Het onderzoek is niet volledig omdat nabestaanden of medegedetineerden over het algemeen niet worden betrokken. Ook medewerkers van de penitentiaire inrichting die niet rechtstreeks bij het overlijden betrokken waren, worden vaak niet gehoord. Dat houdt het risico in dat niet alle relevante informatie bij het onderzoek betrokken wordt.
- Er is onvoldoende aandacht voor de nabestaanden. Respectvol omgaan met nabestaanden, als naaste betrokkenen, betekent onder meer dat de overheid aan de nabestaanden de gelegenheid biedt om hun vragen over de toedracht van het overlijden te stellen en om deze vragen en eventuele andere relevante informatie te betrekken bij het onderzoek dat plaatsvindt. Meer in het bijzonder moet de overheid de nabestaanden actief informeren over de mogelijkheid van obductie. Dit lijkt nu nauwelijks te gebeuren. Bovendien moet de overheid de nabestaanden actief, volledig en duidelijk informeren over de voortgang van het onderzoek en de uitkomsten daarvan.
- Uitkomsten van onderzoek worden onvoldoende gebruikt voor verbeteringen. Het calamiteitenonderzoek heeft mede tot doel om eventuele verbeterpunten te formuleren. Het is geen gewoonte onder PI's om de leerpunten die uit het onderzoek van een calamiteitencommissie komen, proactief te delen met andere PI's zodat deze kunnen leren van andermans 'fouten' en ervaringen. Ook is niet gebleken van een actief toezicht op de daadwerkelijke opvolging van de aanbevelingen van de calamiteitencommissies.



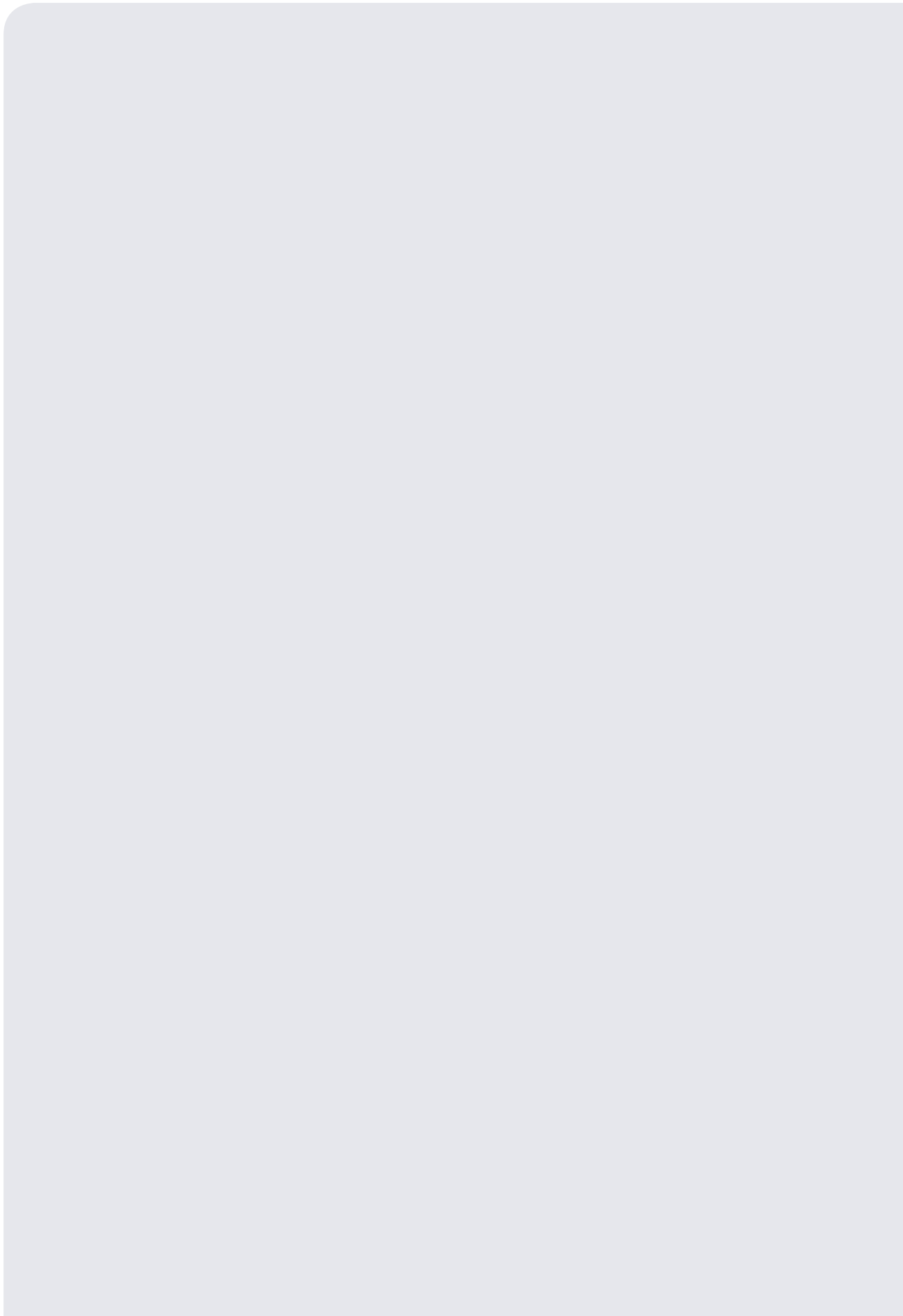
## Informatieoverdracht

In dit onderzoek heeft de Nationale ombudsman de zorgverlening aan de gedetineerden niet rechtstreeks onderzocht. Uit een onderzoek van de IGZ uit 2009 bleek dat de informatieoverdracht rond de zorgverlening niet altijd goed liep. Deze informatieoverdracht blijkt ook nu nog een knelpunt te zijn. Het respecteren van de grondrechten – met name het recht op gezondheid – en het vereiste van bijzondere zorg scheppen verplichtingen voor de overheid. Om aan die verplichtingen te voldoen is het noodzakelijk dat de overheid weet welke (medische) zorg een gedetineerde nodig heeft en dat de overheid zich inspant om die benodigde zorg zo goed mogelijk te verlenen.

De gedetineerde is op de overheid aangewezen om ervoor te zorgen dat zijn medische dossier volledig is en beschikbaar voor de zorgverleners. Alleen dan kan hij rekenen op adequate zorg.

De Nationale ombudsman constateert:

- er zijn geen eenduidige afspraken over de medische intake binnen 24 uur buiten kantooruren;
- de informatieoverdracht bij binnenkomst laat te wensen over;
- er bestaan in de onderlinge informatieoverdracht binnen de PI problemen.



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	
1.1	Aanleiding en achtergrond	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Afbakening	4
1.4	Aanpak	4
1.5	Leeswijzer rapport	4
<b>2</b>	<b>Onderzoek</b>	
2.1	Inleiding	5
2.2	Normen	5
2.3	Onderzoeksactiviteiten na een overlijden in detentie	8
	2.3.1 Landelijke richtlijn	8
	2.3.2 Verschillende onderzoeken	9
2.4	Onderzoek door politie en OM	10
	2.4.1 Analyse van de onderzoeken door politie en OM	11
	2.4.2 Conclusie uit analyse van onderzoeken door politie en OM	13
2.5	Calamiteitenonderzoek	14
	2.5.1 Is elk overlijden een ‘calamiteit’?	14
	2.5.2 Wat houdt het calamiteitenonderzoek in?	14
	2.5.3 Uitvoering van het calamiteitenonderzoek	15
	2.5.4 De rol van de IGZ	15
	2.5.5 Analyse van het calamiteitenonderzoek	17
	2.5.6 Conclusies calamiteitenonderzoek	29
2.6	Conclusies over onderzoek na een overlijden in detentie	30
	2.6.1 Het onderzoek is niet integraal	31
	2.6.2 Onvoldoende aandacht voor onafhankelijkheid	31
	2.6.3 Er vindt niet in alle gevallen onderzoek plaats	32
	2.6.4 Het onderzoek is niet volledig	32
	2.6.5 Er is onvoldoende aandacht voor de nabestaanden	33
	2.6.6 Uitkomsten van onderzoek worden onvoldoende gebruikt voor verbeteringen	33
<b>3</b>	<b>Informatieoverdracht</b>	
3.1	Inleiding	35
3.2	Normen	35
3.3	Informatieoverdracht in de praktijk	37
	3.3.1 Algemeen	37
	3.3.2 Informatieoverdracht bij binnenkomst	38
	3.3.3 Informatieoverdracht intern	41
3.4	Conclusies	42

## Bijlagen

Bijlage 1: onderzoeksanpak	45
Bijlage 2: format rapportage calamiteit aan de IGZ (niet suïcide)	47
Bijlage 3: format rapportage calamiteit aan de IGZ (suïcide)	49
Bijlage 4: lijst met afkortingen	50
Bijlage 5: verschillen tussen cijfers DJI en de IGZ toegelicht	51
Bijlage 6: bronnen van eisen EHRM aan onderzoek naar toedracht overlijden van persoon die van overheidswege is ingesloten	52
Bijlage 7: taken en bevoegdheden van de instellingen die betrokken zijn bij het ten uitvoer leggen van en toezicht houden op een vrijheidsbenemende straf.	53

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en achtergrond

Uit cijfers van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) blijkt dat in 2011 39 meldingen van penitentiaire inrichtingen zijn binnengekomen van het overlijden van een gedetineerde. 15 gedetineerden hebben zichzelf van het leven beroofd en 24 personen zijn overleden als gevolg van een ziekte of acute aandoening. Wanneer een gedetineerde sterft, is sprake van overlijden in een bijzondere situatie. De vrijheid is hem of haar immers ontnomen. In deze afhankelijke situatie heeft de overheid de verplichting zorg te dragen voor deze persoon. Bij een overlijden in detentie dient zich vanwege de detentiesituatie altijd de vraag aan of er een relatie bestaat tussen de geboden zorg door de DJI en het overlijden van de ingeslotene.

De Nationale ombudsman wil de burger beschermen tegen onbehoorlijk overheids-optreden. Eén van de zaken die daarvoor van belang zijn, is dat grondrechten worden gerespecteerd, zoals het recht op bescherming van het leven en het recht op gezondheid. Hieruit vloeit onder meer de verplichting voor de overheid voort om onafhankelijk en onpartijdig onderzoek in te stellen in geval van overlijden van een gedetineerde. Ook artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), het verbod van onmenselijke behandeling, brengt verplichtingen voor de overheid met zich mee op het gebied van medische zorg aan gedetineerden en de verplichting tot onafhankelijk en onpartijdig onderzoek als het mis gaat.

In de afgelopen jaren, meest recent in de zomer van 2011, heeft de Nationale ombudsman klachten ontvangen van nabestaanden van wie de vragen over het overlijden van een dierbare in een politie- of justitiecel onvoldoende waren beantwoord. In mei 2011 heeft het radioprogramma Argos aandacht besteed aan het onderwerp ‘overlijden in detentie’ naar aanleiding van een aantal recente overlijdensgevallen in penitentiaire inrichtingen. In die radio-uitzending is ook de Nationale ombudsman bevraagd. Ook RTV Utrecht heeft intensief aandacht besteed aan overlijdensgevallen in de penitentiaire inrichting in Nieuwegein. Een en ander heeft de Nationale ombudsman doen besluiten om een onderzoek uit eigen beweging te starten naar overlijden in detentie.

## 1.2 Doelstelling

In dit rapport brengt de Nationale ombudsman in kaart op welke wijze onderzoek wordt gedaan na een overlijden in detentie. Dat onderzoek is van groot belang omdat dit onder meer antwoord dient te geven op de vraag of en op welke wijze de geboden zorg van invloed is geweest op het overlijden. Het rapport besteedt daarbij tevens aandacht aan de positie van de nabestaanden van de gedetineerde. Beoordeeld wordt of de wijze waarop in de praktijk onderzoek wordt gedaan na het overlijden van een gedetineerde voldoet aan

normen van behoorlijk overheidsoptreden zoals de Nationale ombudsman die hanteert. Ook de overdracht van medische informatie van een gedetineerde na binnenkomst in een penitentiaire inrichting en de medische informatie-uitwisseling binnen de inrichting komt aan de orde. Het onderzoek geeft geen oordeel over de gang van zaken in individuele situaties van overlijden of over een specifieke penitentiaire inrichting.

### **1.3 Afbakening**

De ombudsman heeft zijn onderzoek gericht op penitentiaire inrichtingen (gevangenissen, huizen van bewaring) en niet op justitiële jeugdinrichtingen, tbs-klinieken, detentiecentra voor vreemdelingen of politiecellen. Mogelijk kunnen de conclusies van dit onderzoek ook gebruikt worden bij deze andere instellingen of is vervolgonderzoek bij deze andere vormen van insluiting gewenst.

### **1.4 Aanpak**

Om een concreet beeld te krijgen van de praktijk rondom overlijden in detentie, heeft de Nationale ombudsman een overzicht van overlijdensgevallen opgevraagd bij de DJI en bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Van vijf situaties van suïcide en vijf overlijdens met een andere oorzaak zijn de onderzoeksdossiers van DJI en de IGZ bekeken. Van deze zaken zijn ook de rapportages van het politieonderzoek opgevraagd. Verder zijn bij het Openbaar Ministerie (OM) de dossiers ingezien, voor zover deze aanwezig waren. Bij vier penitentiaire inrichtingen is gesproken met de (plaatsvervangend) directeur, een teamleider van de penitentiaire inrichtingswerkers, het hoofd van de medische dienst en een geestelijk verzorger. Daarnaast zijn interviews gehouden met de betrokken ambtenaren van de DJI en met vertegenwoordigers van de IGZ. In bijlage 1 staat een uitgebreide toelichting op de aanpak van het onderzoek.

De Nationale ombudsman heeft het conceptrapport voor commentaar voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de minister van Veiligheid en Justitie (VenJ). De minister van VWS heeft gereageerd.<sup>1</sup> De ontvangen reactie heeft geleid tot enkele aanpassingen van de rapporttekst.

### **1.5 Leeswijzer rapport**

Hoofdstuk 2 behandelt het onderzoek dat plaatsvindt na een overlijden in detentie. Daarbij komt zowel het strafrechtelijk onderzoek het als het calamiteitenonderzoek aan bod.

Hoofdstuk 3 richt zich op de overdracht van (medische) informatie over een gedetineerde.

<sup>1</sup> De reactie van de minister van VWS op het concept-rapport Overlijden in detentie is te vinden op internet [www.nationaleombudsman-nieuws.nl](http://www.nationaleombudsman-nieuws.nl)

## 2 Onderzoek

### 2.1 Inleiding

Als iemand in detentie overlijdt, is sprake van overlijden in een bijzondere situatie, omdat hem of haar de vrijheid is ontnomen. Vanwege de detentiesituatie dient zich altijd de vraag aan of er een relatie bestaat tussen de geboden zorg in de penitentiaire inrichting (PI) en het overlijden van de justitieel ingeslotene. Bij het overlijden van een gedetineerde rijst de vraag of de overheidsinstantie onder wier hoede deze was gesteld en van wie hij in velerlei opzichten afhankelijk was, de vereiste bijzondere zorg heeft geleverd. Dat moet in alle gevallen worden onderzocht, ook als de gedetineerde zich op het moment van overlijden niet in de PI bevond maar kort daarvóór nog gedetineerd was. Een onopgehelderd overlijden van een gedetineerde kan, juist omdat het in een gesloten wereld plaatsvindt, afdoen aan het vertrouwen van het publiek in een veilige tenuitvoerlegging van vrijheidsbeneming door de overheid. Voor justitie zelf is het belangrijk te weten wat er precies is gebeurd, of er sprake is van nalatigheid of erger, of een justitiemedewerker of iemand anders ter verantwoording moet worden geroepen, of er aanleiding is om werkwijzen aan te passen en of herhaling kan worden voorkomen. Een plotseling overlijden geeft bij nabestaanden doorgaans aanleiding tot allerlei vragen over het hoe en waarom; betreft het een dierbare die onder de verantwoordelijkheid van justitie werd vastgehouden, dan geldt dat eens te meer en moeten de antwoorden uit een onderzoek van de overheid komen. Ook binnen de penitentiaire inrichting kan het overlijden van een gedetineerde een grote impact hebben. Niet alleen op de medewerker(s) die de onvoorbereid met een sterfgeval wordt(en) geconfronteerd, maar ook op medegedetineerden en medewerkers die nauw betrokken waren bij de zorg voor de ingeslotene.

Hieronder wordt allereerst beschreven welke eisen van behoorlijkheid de Nationale ombudsman stelt aan een onderzoek naar een overlijden in detentie. Vervolgens worden de verschillende onderzoeksactiviteiten weergegeven die plaatsvinden na een overlijden in detentie. Daarna volgt in paragraaf 2.4 een beschrijving van het strafrechtelijk onderzoek en in paragraaf 2.5 een beschrijving van het calamiteitenonderzoek. Aan het slot van het hoofdstuk beantwoordt de Nationale ombudsman de vraag of er sprake is van voldoende behoorlijk onderzoek naar overlijdensgevallen in detentie.

### 2.2 Normen

Behoorlijk optreden door de overheid omvat dat grondrechten zoals het recht op leven en het recht op gezondheid, worden gerespecteerd. Uit artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) vloeit voor elk van de bij het verdrag aangesloten staten de verplichting voort om het leven van burgers te beschermen. Deze verplichting

kent ook een procedureel aspect: het verrichten van onafhankelijk onderzoek naar de toedracht in geval van overlijden. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om ervoor zorg te dragen dat er instanties of functionarissen zijn, die een onderzoek verrichten dat voldoet aan de eisen die het Europese Hof voor de Rechten van de Mens in Straatsburg (EHRM) stelt aan zo'n onderzoek. De Nationale ombudsman oriënteert zich mede op deze eisen.<sup>2</sup>

- Ieder overlijden van een persoon die van overheidswege is ingesloten, moet worden onderzocht, ook zonder dat daarom is verzocht door bijvoorbeeld nabestaanden, zo heeft het EHRM bepaald.
- Doel van het onderzoek is dat overheidsfunctionarissen en overheidsinstanties ter verantwoording kunnen worden geroepen ter zake van een overlijden dat onder hun verantwoordelijkheid plaatsvindt. Het onderzoek moet opheldering geven over de oorzaak van de dood en de omstandigheden die daartoe hebben geleid.
- Om ook in de praktijk te verzekeren dat functionarissen ter verantwoording worden geroepen, is een zekere mate van openbaarheid van het onderzoek of tenminste transparantie vereist.
- Ook wijst het EHRM er keer op keer op dat een voortvarend en goed onderzoek naar overlijden noodzakelijk is om het vertrouwen van het publiek te behouden.
- Daartoe behoort in ieder geval dat nabestaanden van het slachtoffer worden betrokken bij de procedure op een manier waarbij hun legitieme belangen zijn gewaarborgd. Zij moeten bijvoorbeeld de mogelijkheid hebben om de uitkomsten van het onderzoek ter discussie te stellen, maar als dat moet gebeuren bij degene die het onderzoek heeft uitgevoerd en diegene op de kritiek niet hoeft in te gaan, is dat onvoldoende. Over belangrijke beslissingen, bijvoorbeeld om geen strafvervolging in te stellen, moeten de nabestaanden tijdig worden geïnformeerd.
- Het EHRM stelt hoge eisen aan de onafhankelijkheid van het onderzoek. Degenen die daarmee zijn belast moeten hiërarchisch en institutioneel onafhankelijk zijn van degenen die betrokken zijn geweest bij de gebeurtenissen die worden onderzocht. Zij moeten dat ook in praktijk zijn, dat wil zeggen -zo vult de Nationale ombudsman aan- zich niet door hun relatie tot die betrokkene belemmerd voelen om door te vragen en/of met kritiek te komen. Onafhankelijkheid is van belang voor een betrouwbaar en gedegen onderzoek.

<sup>2</sup> In bijlage 6 wordt een overzicht gegeven van de gebruikte bronnen voor de EHRM-normen voor een onderzoek na overlijden van een justitieel ingeslotene.



**Het EVRM over de onafhankelijkheid van onderzoek: een voorbeeld.  
EHRM (Grote Kamer) 15 mei 2007, inz. Ramsahai e.a., nr 52391/99**

*In een Nederlandse zaak over een dodelijk schot van een politieman die een verdachte wilde aanhouden, was er twijfel of de officier van justitie die het onderzoek leidde “in practice” wel onafhankelijk was van de betrokken politiemensen. De officier had nauwe banden met het politiebureau waarbij deze agenten werkzaam waren. De verdachte was dodelijk getroffen door een politiekogel toen hij een wapen trok tegen agenten die hem wilden arresteren. De eerste vijftien uur werd het onderzoek uitgevoerd door medewerkers van het korps waartoe ook de betrokken agenten behoorden. Daarna nam de rijksrecherche het onderzoek over.*

*De officier van justitie die het onderzoek leidde en de beslissing nam om niet te vervolgen, was verantwoordelijk voor (en had een nauwe band met) het politiebureau waartoe de agent behoorde die had geschoten. Hiërarchisch was de officier van justitie wel onafhankelijk, maar was zij dat ook “in practice”, gelet op haar band met het onderdeel van het korps waarbij de agent werkte?*

*Het EHRM overweegt dat het beter was geweest als een officier van justitie die los stond van het politiekorps de leiding had gehad. Maar daartegenover staat een flinke mate van onafhankelijkheid van het Openbaar Ministerie, het feit dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid bij de hoofdofficier van justitie lag en dat de nabestaanden de zaak konden laten beoordelen door een rechter (beklagprocedure bij een gerechtshof ex art. 12 Sv).*

*Het EHRM constateerde een schending van art. 2 EVRM toen het onderzoek was uitgevoerd door directe collega's van degenen die bij het overlijden betrokken zouden zijn geweest. Supervisie door een andere gezagsdrager was, ook al was deze onafhankelijk, niet een afdoende waarborg voor de onafhankelijkheid van het onderzoek.*

■ Het EHRM verlangt een grondig onderzoek. Voor een volledig onderzoek naar de doodsoorzaak is een lijkshouwing niet steeds genoeg, maar kan een snelle en zorgvuldige autopsie (obductie)<sup>3</sup> aangewezen zijn. Personen die iets kunnen vertellen over de omstandigheden rond het overlijden moeten worden gehoord. Was een lichamelijke aandoening de oorzaak van het overlijden, dan is de toegang tot de medische zorg en kwaliteit ervan (mede) onderwerp van onderzoek.

Maatstaven voor het onderzoek naar overlijden van een gedetineerde vloeien ook voort uit andere behoorlijkheidsnormen: het verbod van partijdigheid en de vereisten van goede voorbereiding, van samenwerking tussen overheidsinstanties, van transparantie en het vereiste van goede informatieverstrekking. Voor de Nationale ombudsman is van belang dat de overheid open en duidelijk en daarnaast eerlijk en betrokken handelt bij een overlijden in detentie. Voor het vertrouwen van publiek en nabestaanden in het onderzoek is het niet voldoende dat dit wordt uitgevoerd door personen of instanties die zich daarin onpartijdig en onbevooroordeeld opstellen, maar moet ook worden voorkomen dat de

<sup>3</sup> Obductie is een inwendig onderzoek op een overleden persoon. Het wordt ook wel een sectie, lijkopening of autopsie genoemd. Het onderzoek wordt verricht door een patholoog, een arts die gespecialiseerd is in deze vorm van onderzoek. Dit onderzoek vindt plaats op verzoek danwel met toestemming van de nabestaanden. Het kan ook op last van de officier van justitie. Dan is toestemming van de familie niet vereist.

schijn van partijdigheid of bevooroordeeldheid ontstaat. Als bij het onderzoek personen zijn betrokken die enig belang kunnen hebben bij een bepaalde uitkomst, dan is het zaak dat er controle is van een instantie met voldoende afstand. Het onderzoek moet gedegen en volledig zijn. Alle informatie die kan bijdragen aan een zorgvuldige reconstructie van de toedracht, het vaststellen van de oorzaak van het overlijden, de rol van personen daarbij en eventuele verantwoordelijkheid van personen voor het overlijden moet worden verzameld. Dat kan betekenen dat de kring van functionarissen bij wie informatie wordt ingewonnen, ruimer moet worden getrokken dan enkel degenen die de overledene hebben aangetroffen of hem het laatst in leven hebben gezien. Voortvarendheid is vereist om te voorkomen dat informatie verloren gaat en is ook van groot belang voor de nabestaanden. Zij mogen verwachten dat zij zo snel mogelijk duidelijkheid krijgen over de doodsoorzaak. Bovendien moet aan nabestaanden de gelegenheid worden geboden informatie aan te dragen. Er kan aanleiding zijn datzelfde te laten gelden voor medegedetineerden. Bezien moet worden of de lijkschouwing moet worden aangevuld met een obductie. Om de goede vragen te kunnen stellen en de feiten goed te kunnen beoordelen, moet voldoende deskundigheid aanwezig zijn bij de uitvoerders van het onderzoek. Het onderzoek moet uitmonden in heldere conclusies en duidelijk moet zijn hoe die conclusies zijn bereikt. Waar verschillende instanties betrokken zijn bij onderzoek en er ook verschillende onderzoeken naast elkaar worden ingesteld naar aanleiding van het overlijden van een gedetineerde, mag afstemming en samenwerking worden verlangd. Dat is in het belang van de volledigheid van het totale onderzoek en de kwaliteit van de conclusies, maar kan ook voorkómen dat nabestaanden van het kastje naar de muur worden gestuurd wanneer zij met vragen zitten of informatie willen geven of krijgen. Tenslotte moet de overheid de nabestaanden actief, volledig en duidelijk informeren over het onderzoek en de uitkomst daarvan. Het medisch beroepsgeheim kan hierbij beperkingen opleveren.

## **2.3 Onderzoeksactiviteiten na een overlijden in detentie**

### **2.3.1 Landelijke richtlijn**

In 2009 is de Landelijke uniforme richtlijn overlijden in een justitiële inrichting<sup>4</sup> van DJI van kracht geworden. Tot deze landelijk geldende, eenduidige richtlijn werd besloten, om transparantie en controleerbaarheid van handelen rondom overlijden in detentie te vergroten. De richtlijn beschrijft hoe het personeel van een justitiële inrichting moet handelen bij de ontdekking van een (vermoedelijk) overlijden van een gedetineerde. In de richtlijn wordt aangegeven welke medewerkers welke taken moeten uitvoeren. De richtlijn maakt onderscheid in hoe te handelen bij het overlijden van een gedetineerde binnen en buiten kantooruren. Onze gesprekspartners bij de penitentiaire inrichtingen hebben aangegeven dat de richtlijn in de praktijk als nuttig handvat wordt ervaren en ook daadwerkelijk wordt gevolgd (al dan niet uitgewerkt in nadere instructies binnen de penitentiaire inrichting).

<sup>4</sup> Landelijke uniforme richtlijn overlijden in een justitiële inrichting (d.d. 28 oktober 2009, kenmerk 5621064/09)

Bij het constateren van een (mogelijk) overlijdensgeval moeten de medewerkers alarm slaan bij de centrale meldkamer, waarna de medische dienst (en de inrichtingsarts) en, in overleg met de directie, de ambulance wordt opgeroepen. De veiligheid van het personeel staat voorop. Als het nodig en mogelijk is, betreden twee personeelsleden de plaats van overlijden. In eerste instantie is de aandacht gericht op het verrichten van levensreddende handelingen.

Als blijkt dat een gedetineerde is overleden, dient de vraag zich aan wat de oorzaak is van het overlijden en wat de omstandigheden waren waaronder een gedetineerde is overleden. Volgens de richtlijn wordt in alle gevallen de gemeentelijke lijkschouwer opgeroepen om als onafhankelijk arts een uitspraak te doen over de doodsoorzaak. Daarmee wijkt de richtlijn af van de Wet op de lijkbezorging, waarin is bepaald dat ook een behandelend arts de lijkschouw kan verrichten. Justitie wil met een gemeentelijk lijkschouwer de schijn van belangenverstrengeling voorkomen en onafhankelijkheid waarborgen. Ook schrijft de richtlijn voor dat de plaatselijke politie wordt opgeroepen en de officier van justitie wordt ingelicht. Daarnaast bepaalt de richtlijn dat de directeur de piketfunctionaris van DJI (telefonisch) informeert over het overlijden en dit binnen 24 uur schriftelijk bevestigt (melding bijzonder voorval). In overleg met de medisch adviseur van DJI informeert de directeur de IGZ. Verder dient de directeur na iedere calamiteit zo spoedig mogelijk zelf een calamiteitenonderzoekscommissie samen te stellen.

In de richtlijn wordt ook het contact met de nabestaanden van de overleden gedetineerde geregeld. De directie heeft tot taak om de nabestaanden persoonlijk in kennis te stellen van het overlijden van hun naaste, hen uitgebreid te informeren en contact aan te bieden. Nabestaanden dienen door de directeur ook geïnformeerd te worden over onder meer de mogelijkheid van obductie of de eventuele beslissing van de officier van justitie tot het gelasten van een gerechtelijke sectie.

### **2.3.2 Verschillende onderzoeken**

Na het constateren van de dood van een gedetineerde, worden er verschillende onderzoeken ingesteld, om duidelijkheid te krijgen over de omstandigheden en de oorzaak van het overlijden.<sup>5</sup>

De gemeentelijke lijkschouwer doet op basis van een schouw een uitspraak over de doodsoorzaak: was dit een natuurlijk of een niet-natuurlijk overlijden. Deze procedure is geregeld in de Wet op de lijkbezorging. Bij de schouw neemt de gemeentelijk lijkschouwer kennis van alle relevante omstandigheden rond het overlijden en het aantreffen van de plaats van het overlijden. Als de schouwarts ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden als gevolg van natuurlijke omstandigheden, dan geeft hij een verklaring van overlijden af. Als de

<sup>5</sup> In bijlage 7 staat een overzicht van de taken en bevoegdheden van de instellingen die betrokken zijn bij het ten uitvoer leggen van en toezicht houden op een vrijheidsbenemende straf.

gemeentelijk lijkschouwer deze verklaring niet kan afgeven (omdat hij zeker weet dat er geen sprake is van of twijfelt aan een natuurlijk overlijden), dan informeert hij onverwijld schriftelijk de officier van justitie.

De officier van justitie bepaalt of strafrechtelijk onderzoek wordt ingesteld. Het is aan de officier van justitie om te beoordelen of er sprake is van enig strafbaar feit. De officier van justitie kan gelasten dat het lichaam onderworpen wordt aan een gerechtelijke sectie. Daarna neemt hij een beslissing over de vrijgave van het lichaam. Overigens zal de officier van justitie in de praktijk reeds op de hoogte zijn van het overlijden, aangezien deze conform de richtlijn van DJI door het dienstdoende directielid van de inrichting waar een gedetineerde is overleden, in kennis moet worden gesteld van het overlijden. Naast de officier van justitie, wordt ook de politie door de penitentiaire inrichting geïnformeerd over het overlijden. De situatie waarin de overleden gedetineerde is aangetroffen, moet zoveel mogelijk ongewijzigd worden gelaten met het oog op het rechercheonderzoek dat de politie gaat uitvoeren. Het lichaam kan pas worden afgevoerd zodra de officier van justitie daar toestemming voor geeft. De politie (forensische opsporing) stelt ter plaatse een onderzoek in. De situatie wordt vastgelegd en getuigen worden gehoord. Hierbij valt te denken aan de inrichtingswerkers die de overledene hebben aangetroffen en die hem voor het laatst levend hebben gezien. Het doel van het politieonderzoek is vast te stellen of er sprake is van enig strafbaar feit of betrokkenheid van derden bij het overlijden van een gedetineerde.

Elk geval van overlijden in detentie is volgens DJI een calamiteit. Om te bepalen of er een relatie is tussen het overlijden van een gedetineerde en de geleverde medische zorg, wordt er door de directeur een commissie ingesteld die een calamiteitenonderzoek verricht. Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet een calamiteit in de zin van die wet ook worden gemeld bij de IGZ, zodat de IGZ kan toezien op het daaruit voortvloeiende onderzoek door de inrichting.

## **2.4 Onderzoek door politie en OM**

Als een gedetineerde overlijdt, en er is of lijkt geen sprake van natuurlijk overlijden, dan kan het overlijden het gevolg zijn van strafbaar handelen of nalaten. Het overlijden kan het gevolg zijn van een medische fout (handelen of nalaten) door de inrichtingsarts, maar het kan bijvoorbeeld ook gaan om doodslag of hulp bij zelfdoding. Een strafrechtelijk onderzoek door de politie, onder leiding van de officier van justitie, zal daarover uitsluitel moeten bieden. Voor het instellen van strafrechtelijk onderzoek is het nodig dat er sprake is van een redelijk vermoeden van een strafbaar feit. In beginsel beslist de officier van justitie van het parket waarbinnen een gedetineerde is overleden, over het instellen van een strafrechtelijk onderzoek.

De officier van justitie kan op verschillende manieren op de hoogte raken van mogelijke strafbare feiten rondom het overlijden van een gedetineerde. Zoals aangegeven, kan de officier van justitie op grond van een mededeling van niet-natuurlijk overlijden van de gemeentelijk lijkschouwer aanleiding zien om een strafrechtelijk onderzoek in te stellen. Verder kan een ieder aangifte doen van een strafbaar feit. Nabestaanden van een overleden gedetineerde die twijfels hebben over de doodsoorzaak, kunnen hiertoe overgaan. Ook kan de officier van justitie op grond van een melding (door bijvoorbeeld de directeur van een penitentiaire inrichting) besluiten om een onderzoek in te stellen. Daarnaast kan het zijn dat de IGZ in het kader van haar toezichthoudende taak, kennis krijgt van een misdrijf met de opsporing waarvan zij niet belast is. Op grond van de wet zijn ambtenaren van de IGZ verplicht hiervan onverwijld aangifte te doen. Ook een melding op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen kan aanleiding zijn voor de IGZ om aangifte te doen.<sup>6</sup>

Het OM heeft voor zaken waarin mogelijk medisch strafrechtelijk verwijtbaar is gehandeld, een richtlijn geschreven.<sup>7</sup> Deze richtlijn stelt regels omtrent de opsporing en vervolging van medische zaken en bepaalt wanneer er sprake is van een medische zaak. In medische zaken beslist de medisch officier van justitie (na overleg met het medisch expertisecentrum van het Openbaar Ministerie) over een eventueel (nader) strafrechtelijk onderzoek.

#### **2.4.1 Analyse van de onderzoeken door politie en OM**

De Nationale ombudsman is nagegaan wat het verloop was van de onderzoeken van politie en OM in de tien gevallen van overlijden in detentie waarvan DJI en de IGZ de rapportages aan de ombudsman hebben verstrekt. In drie van de tien gevallen is er een strafrechtelijk onderzoek ingesteld. In een van deze drie gevallen heeft de advocaat van de nabestaanden aangifte gedaan van nalatigheid. Omdat het strafrechtelijk onderzoek nog niet is afgerond, is dit geval voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.

In de overige negen dossiers van overleden gedetineerden betrof het in vier gevallen een natuurlijke dood en in vijf gevallen een zelfdoding. In een van de gevallen van natuurlijk overlijden overleed de gedetineerde in het ziekenhuis, nadat hij in zijn cel onwel was geworden en hij door een ambulance naar het ziekenhuis was vervoerd. De politie heeft in dat geval naderhand een onderzoek ingesteld. Dit gebeurde in opdracht van de officier van justitie nadat deze een melding bijzonder voorval van DJI had ontvangen.

Uit het dossier-onderzoek van de Nationale ombudsman naar de negen sterfgevallen is gebleken dat in alle gevallen de politie op de hoogte is gesteld en, buiten het overlijdensgeval in het ziekenhuis, ook in alle gevallen direct na de melding naar de inrichting is gekomen. In deze gevallen is er door de afdeling forensische opsporing van de politie een onderzoek ingesteld naar de aangetroffen situatie.

Met zekerheid kan worden gezegd dat in acht van de negen gevallen de direct betrokken

<sup>6</sup> Tussen het OM en de IGZ geldt sinds 2009 een samenwerkingsprotocol waarin onder meer afspraken zijn gemaakt over de onderlinge gegevensuitwisseling bij medische strafzaken en overige strafzaken ([http://www.om.nl/onderwerpen/medische\\_zaken/@154805/item\\_154805/](http://www.om.nl/onderwerpen/medische_zaken/@154805/item_154805/), geraadpleegd 8 maart 2012).

<sup>7</sup> Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken, 2010A022

medewerkers zijn gehoord. Het gaat dan om de medewerker(s) die de gedetineerde heeft (hebben) gevonden, en in een aantal gevallen ook om de medewerker(s) die de gedetineerde het laatst in levende lijve heeft (hebben) gezien, bijvoorbeeld bij het insluiten. In één geval is niet met zekerheid uit het politiedossier vast te stellen of de betrokken medewerkers zijn gehoord. Uit het proces-verbaal van het politieonderzoek zou dat kunnen worden afgeleid, maar duidelijk is dat niet. Sommige politiedossiers bevatten letterlijke en ondertekende verklaringen van betrokken inrichtingswerkers die zijn gehoord. In andere gevallen zijn (samengevatte) verklaringen van betrokkenen in een afrondend proces-verbaal opgenomen.

### **Lijkschouw en obductie**

In acht van de negen gevallen werd, conform de richtlijn van DJI, de gemeentelijk lijkschouwer ingeschakeld om een onderzoek in te stellen naar de doodsoorzaak. In het negende geval, waarin de gedetineerde in het ziekenhuis overleed, is de (natuurlijke) dood door een ziekenhuisarts vastgesteld. De arts heeft met de nabestaanden nog gesproken over een eventueel nader onderzoek, maar zij zagen hiervan af. In geen van de negen gevallen heeft de officier van justitie een gerechtelijke sectie gelast. Wel is er in één geval nader onderzoek naar de doodsoorzaak ingesteld. De reden hiervoor was dat een bloedtest geen uitsluitsel bood over de doodsoorzaak. Uit een scan die daarop met toestemming van de officier van justitie werd gemaakt, concludeerde de schouwarts (en de betrokken radioloog) dat er sprake was van een natuurlijk overlijden. In een ander overlijdensgeval werd door de schouwarts als meest aannemelijke doodsoorzaak hartfalen aangenomen en een verklaring van (natuurlijk) overlijden afgegeven. Uit het verslag van het forensisch opsporingsonderzoek blijkt echter dat een opiaten-overdosis niet helemaal was uit te sluiten. Om die reden werd er door de gemeentelijke lijkschouwer bloed afgenomen. De IGZ heeft de officier van justitie later gevraagd om onderzoek te doen naar het afgenomen bloed. De officier van justitie zag daar geen aanleiding toe, omdat de gemeentelijk lijkschouwer reeds had geconcludeerd dat er sprake was van een natuurlijke doodsoorzaak. Het onderzoek van de IGZ naar de calamiteitsmelding die vanwege dit sterfgeval werd gedaan, staat nog open.

In de richtlijn van DJI wordt afzonderlijk stilgestaan bij het belang van een eventuele obductie, naast de mogelijkheid dat de officier van justitie een gerechtelijke sectie gelast. Nabestaanden dienen door de directeur over deze mogelijkheid geïnformeerd te worden. Ook vermeldt de richtlijn dat het vanuit de inrichting wenselijk kan zijn een obductie te laten verrichten, ook als de officier van justitie geen gerechtelijke sectie gelast. Daarmee kan discussie achteraf worden voorkomen. Naast het geval van de gedetineerde die in het ziekenhuis overleed, blijkt uit de overige acht dossiers niet dat met de nabestaanden afzonderlijk is stilgestaan bij de mogelijkheid van obductie. Ook is niet gebleken dat er vanuit de inrichting de wens was om toch een obductie te laten verrichten. In één geval heeft een calamiteitencommissie geadviseerd om uitvoeriger stil te staan bij de optie van obductie. Dit was in het geval waarin niet volledig viel uit te sluiten dat er sprake was van een over-

dosis. Ook in een ander geval werd opgemerkt dat de optie van obductie met de familie besproken had moeten worden.

Verder blijkt uit de dossiers dat de officier van justitie in alle negen gevallen is geïnformeerd over het overlijden van de gedetineerde. In twee van de negen gevallen werd door de officier van justitie een strafrechtelijk onderzoek ingesteld (naast het tiende overlijdensgeval waarin het strafrechtelijk onderzoek nog loopt). Eén van die twee gevallen betreft de gedetineerde die in het ziekenhuis overleed. De betrokken ambulancemedewerkers zijn door de politie als getuige gehoord. Ook is bij het hoofd medische dienst een verklaring afgenomen. Duidelijk werd dat er van enig strafbaar feit geen sprake was. In het tweede geval werd een strafrechtelijk onderzoek ingesteld omdat de vader van de gedetineerde die zichzelf door verhangen om het leven had gebracht, aangifte van moord had gedaan. Er is een uitvoerig onderzoek gedaan. Het onderzoek was erop gericht om te bepalen of de overheid voldoende had gedaan om te voorkomen dat deze gedetineerde zichzelf van het leven zou beroven. Alle betrokkenen die op enigerlei wijze contact met de gedetineerde hadden gehad, werden als getuige gehoord. De officier van justitie concludeerde dat er geen sprake was van enig strafbaar feit.

#### ***Informereren van nabestaanden over de uitkomsten van het strafrechtelijk onderzoek***

Uit de dossiers valt af te leiden dat de politie in zeven van de negen gevallen de nabestaanden heeft geïnformeerd over het overlijden van hun gedetineerde familielid. In zeker drie van de negen gevallen is er (ook) namens de inrichting met de nabestaanden contact geweest. Buiten het geval waarin de officier van justitie na uitvoerig politieonderzoek de aangifte van moord schriftelijk en uitvoerig gemotiveerd sepondeerde, is onduidelijk of nabestaanden ook in de andere acht gevallen werden geïnformeerd over de uitkomst van het politieonderzoek.

#### **2.4.2 Conclusie uit analyse van onderzoeken door politie en OM**

Uit de dossiers concludeert de Nationale ombudsman dat de politie bij een overlijden in detentie altijd ter plaatse komt. Ook de officier van justitie wordt altijd geïnformeerd. Uit de processen-verbaal van de politie blijkt duidelijk welke onderzoekstappen er zijn gezet. Het onderzoek van de politie lijkt zich vooral te richten op de situatie kort voorafgaand aan het overlijden. Direct betrokken medewerkers worden gehoord, maar niet is gebleken dat in alle gevallen ook de arts of psychiater om een verklaring wordt gevraagd. Daarbij komt dat niet altijd duidelijk blijkt met wie van de betrokkenen de politie heeft gesproken: soms zijn verklaringen van betrokkenen letterlijk opgenomen en ondertekend, in andere gevallen niet. Nabestaanden worden in de meeste gevallen door de politie over het overlijden in kennis gesteld, maar onduidelijk blijft of zij ook worden geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek door de politie, buiten het geval om waarin nabestaanden aangifte deden tegen de inrichting. Ook blijkt onvoldoende of de mogelijkheid van obductie met de nabestaanden is besproken.

## 2.5 Calamiteitenonderzoek

### 2.5.1 Is elk overlijden een ‘calamiteit’?

Een overlijden in detentie wordt door de DJI gezien als een calamiteit. Volgens de richtlijn van DJI wil dat zeggen:

*Een gebeurtenis die veel impact heeft of kan hebben op degenen die er direct of indirect mee worden geconfronteerd en die het denken en het handelen kan beïnvloeden.*

Op grond van artikel 4a van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet een zorgaanbieder elke calamiteit meteen melden bij de IGZ. Volgens deze wet is een calamiteit:

*Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg van een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid.*

De medische dienst van een penitentiaire inrichting wordt door de IGZ beschouwd als een zorginstelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Als het gaat om een overlijden in detentie, houden de IGZ en DJI er dus verschillende definities op na van het begrip een calamiteit. Het verschil in definitie betekent volgens de DJI-richtlijn dat niet elk overlijden in detentie gemeld hoeft te worden bij de IGZ; expliciet wordt aangegeven dat de definitie van calamiteit volgens DJI breder is dan die van de IGZ.

### 2.5.2 Wat houdt het calamiteitenonderzoek in?

Volgens de richtlijn van DJI is het doel van het calamiteitenonderzoek om ‘de situatie voorafgaand en rond het overlijden te analyseren, in kaart te brengen en te bepalen of er een relatie bestaat tussen het overlijden en de geleverde (medische) zorg’. Elders in de richtlijn wordt aangegeven dat met het onderzoek ‘mogelijke onvolkomenheden in de geboden zorg en/of in de procedurele afhandeling rond het overlijden’ in kaart worden gebracht, zodat ‘herhaling van onnodige risico’s kan worden vermeden en de kwaliteit van de medische zorg kan worden verbeterd’. De richtlijn geeft geen verdere specificaties van de vragen waarop de calamiteitencommissie zich moet richten.

Voor de overlijdensgevallen in detentie die gemeld zijn bij de IGZ gelden in ieder geval ook de richtlijnen die de IGZ heeft opgesteld voor de rapportages voor het melden van een calamiteit.<sup>8</sup> Vragen die volgens de IGZ moeten worden beantwoord, zijn onder meer:

- welke basisoorzaken lagen ten grondslag aan deze calamiteit?
- welke conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van de vermijdbaarheid van de calamiteit?

<sup>8</sup> Zie bijlage 2 en 3.



De vragen van de IGZ richten zich op de medische zorg die geleverd is voorafgaand aan het overlijden en, indien relevant, de vraag of er voldoende is gedaan om te voorkomen dat een gedetineerde suïcide pleegt.

### 2.5.3 Uitvoering van het calamiteitenonderzoek

Op hoofdlijnen zijn de verantwoordelijkheden voor de uitvoering van het calamiteitenonderzoek als volgt verdeeld: de justitiële inrichting zorgt ervoor dat het calamiteitenonderzoek wordt uitgevoerd en de IGZ toetst of dat goed gebeurd is.

In de richtlijn van DJI staat dat de directeur, in overleg met de medisch adviseur van de afdeling gezondheidszorg van DJI, de IGZ direct dient te informeren over het overlijden. Verder stelt de richtlijn dat na elk overlijden in detentie een calamiteitenonderzoek dient plaats te vinden. Daartoe moet de directeur van de justitiële inrichting zo spoedig mogelijk een calamiteitenonderzoekscommissie samen stellen, die vervolgens rapporteert aan de IGZ.<sup>9</sup> De richtlijn vermeldt daarbij dat het zelf plegen van onderzoek de positie van de inrichting versterkt in geval van vragen over de calamiteit door de IGZ.

### 2.5.4 De rol van de IGZ

Volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen moet de IGZ toezicht houden op de naleving van de meldplicht en het daaruit voortvloeiende onderzoek.

De IGZ beoordeelt de rapportages over de gemelde calamiteiten. Op de website van de IGZ staat:

*De IGZ toetst jaarlijks een aantal gemelde medische/geneeskundige handelingen in de praktijk. Niet op alle meldingen geeft de IGZ een terugkoppelingsreactie. Dit gebeurt alleen als het ingevulde formulier vragen heeft opgeroepen.<sup>10</sup>*

De criteria aan de hand waarvan de IGZ de rapportages toetst, zijn niet uitgewerkt in wet- en regelgeving.<sup>11</sup> Wel heeft de IGZ in richtlijnen uitgewerkt aan welke eisen de rapportages moeten voldoen.<sup>12</sup>

Een rapportage dient in ieder geval de volgende zaken te bevatten:<sup>13</sup>

- de naam en functie van de betrokken leden van de calamiteitencommissie;
- conclusies ten aanzien van de vermijdbaarheid van de calamiteit;
- SMART geformuleerde aanbevelingen voor actiepunten en verbeteracties ten aanzien van de organisatie en/of de individuele hulpverleners, aansluitend bij de basisoorzaken uit de analyse;

<sup>9</sup> DJI heeft laten weten dat er op dit moment onderzocht wordt of de huidige situatie van ad-hoc samengestelde calamiteitenonderzoekscommissies kan worden vervangen door een situatie met regionale vaste onderzoekscommissies met een vast aantal onafhankelijke deelnemers. Deze regionale commissies zouden dan ook getraind moeten worden in een bepaalde analysemethode (de Prisma-training). DJI heeft aangegeven dat dit nog in ontwikkeling is en dat hierover nog geen besluiten genomen zijn.

<sup>10</sup> [www.igz.nl](http://www.igz.nl) geraadpleegd 23-12-2011.

<sup>11</sup> In de Leidraad meldingen IGZ, een ministeriële regeling, wordt onder meer aangegeven wanneer de inspectie meldingen wel en niet onderzoekt. In art 11 lid 2 is aangegeven dat het IGZ-onderzoek tussentijds kan worden beëindigd als het eigen onderzoek door de zorgaanbieder naar het oordeel van de IGZ zorgvuldig is geweest en daarbij voldoende maatregelen zijn genomen. In de Leidraad noch in de toelichting daarop is uitgewerkt wat bedoeld is met de begrippen 'zorgvuldig' en 'voldoende'.

<sup>12</sup> Zie bijlagen 2 en 3.

<sup>13</sup> Voor de overlijdens gevallen in detentie die *niet* gemeld zijn bij de IGZ en waarnaar *wel* een calamiteitenonderzoek is ingesteld, is niets expliciet geregeld over de inhoud van de rapportages.

antwoord op de vraag: ‘Neemt de directie de aanbevelingen over en op welke wijze worden de eventuele maatregelen geïmplementeerd?’

In een gesprek met onderzoekers van de Nationale ombudsman heeft de IGZ toegelicht wat haar taak en missie is als het gaat om onderzoek naar een overlijden in detentie. Daarin is aangegeven dat de IGZ zichzelf tot doel stelt om toe te zien op de *structurele* kwaliteit van de medische zorg in (onder meer) penitentiaire inrichtingen, zodat de risico’s op medische fouten zo klein mogelijk zijn.

*“Zorg kan altijd beter en iedere arts kan een keer een fout maken, maar het gaat erom dat de structuren goed zijn. Elk suboptimaal verlopen zorgproces (zoals een calamiteit) kan een indicatie zijn van een structureel probleem, dus ook naar aanleiding van slechts één incident kan de IGZ op grond van nader onderzoek al tot de conclusie komen dat de structurele kwaliteit onder de maat is.”*

Verder vindt de IGZ het heel belangrijk dat instellingen leren van incidenten. Volgens de IGZ gaat dat beter en sneller als instellingen betrokken zijn bij het onderzoek naar de calamiteit. De beste leermethode is dat professionals zelf tot de conclusie komen dat iets niet gegaan is zoals het hoort.<sup>14</sup>

*“Bij het onderzoeken van een calamiteit is eigen onderzoek door de inspectie in veel gevallen niet nodig om de voor de inspectie relevante informatie boven tafel te krijgen. Een calamiteit wordt dan ook in eerste instantie altijd onderzocht door de zorginstelling zelf. De inspectie kijkt mee met de onderzoeksopzet en vraagt de instelling de resultaten terug te rapporteren. Zo’n onderzoek levert voor de inspectie veel informatie op en zorgt ervoor dat ook de instelling zelf te weten komt wat er in eigen huis is misgegaan. Zodat deze er zelf ook direct van kan leren. Op het moment dat voor de inspectie duidelijk is dat iets een eenmalig incident is, omdat er bijvoorbeeld een menselijke fout is gemaakt waarvan niet wordt verwacht dat deze nog een keer wordt gemaakt, zal de inspectie in beginsel geen verdere actie ondernemen. Hoe groot de gevolgen voor de patiënt mogelijk ook zijn. De kwaliteit van zorg is dan immers voor de toekomst niet in gevaar. Dit kan, begrijpelijk, heel onbevredigend zijn voor de patiënt of diens familie. Als de inspectie tijdens een onderzoek (of naar aanleiding van een onderzoek) de indruk krijgt dat het onderzoek niet deugdelijk is of dat er iets structureel mis is in de organisatie van de zorg of met de kwaliteit van de zorg die door een zorgprofessional wordt geleverd, treden er andere mechanismen op. In zo’n geval doen we zelf onderzoek en gaan we indien nodig naar de tuchtrechter zodat deze kan bepalen of een zorgverlener bekwaam is om in de toekomst nog zorg te verlenen.”<sup>15</sup>*

<sup>14</sup> Uit het gespreksverslag van het gesprek met vertegenwoordigers van de IGZ.

<sup>15</sup> IGZ-reactie op Tros Radar programma, gepubliceerd op <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/Nieuwsbericht/108983/IGZ-Meld-klachten-direct-aan-ons.htm> (geraadpleegd 26 januari 2012).

### 2.5.5 Analyse van het calamiteitenonderzoek

De ombudsman heeft het calamiteitenonderzoek zoals dat wordt uitgevoerd na een overlijden in detentie geanalyseerd. Bij deze analyse heeft de ombudsman gekeken naar de aspecten die van belang zijn wil er sprake zijn van een behoorlijk onderzoek naar een overlijden in detentie. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- worden alle gevallen van overlijden in detentie onderzocht?
- is er sprake van een onafhankelijk onderzoek?
- is voldoende deskundigheid georganiseerd bij de uitvoering van het onderzoek?
- wat is de positie van nabestaanden?
- wat was de reikwijdte van het onderzoek?
- worden er bij de afronding duidelijke conclusies getrokken?
- zijn de uitkomsten van het onderzoek openbaar?
- worden verbeterpunten benoemd, gecontroleerd en uitgevoerd?

#### **Alle gevallen van overlijden in detentie onderzocht?**

Volgens de richtlijn van DJI laat de directeur van een justitiële inrichting in alle gevallen van overlijden een calamiteitenonderzoek doen, maar worden niet alle gevallen van overlijden gemeld bij de IGZ. Dat zou betekenen dat de IGZ slechts toeziet op de kwaliteit van een deel van de uitgevoerde calamiteitenonderzoeken. Aan wie gerapporteerd dient te worden in het geval van calamiteitenonderzoek naar een overlijden in detentie dat *niet* gemeld is bij de IGZ, is niet duidelijk. Ook is er geen toezicht geregeld voor deze laatste groep calamiteitenonderzoeken.<sup>16</sup>

De IGZ heeft in een gesprek aangegeven dat haar standpunt is dat in *alle* gevallen van overlijden in detentie een melding aan de IGZ moet worden gedaan:

*“Elk overlijden in detentie wordt (door de IGZ) gezien als een calamiteit en moet dus gemeld worden, zelfs als bekend is dat het gaat om terminaal zieke patiënten die overlijden in de palliatieve fase, of als de gemeentelijke lijkschouwer heeft beoordeeld dat er sprake is van natuurlijk overlijden.”*<sup>17</sup>

In een brief aan de Tweede Kamer heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie aangegeven dat in de praktijk elke natuurlijke en niet-natuurlijke dood door DJI wordt gemeld bij de IGZ.<sup>18</sup>

In de gesprekken bij drie van de vier penitentiaire inrichtingen, gaven medewerkers aan dat ze alle overlijdens in detentie melden bij DJI. Eén penitentiaire inrichting gaf expliciet aan dat niet alle overlijdens in detentie worden gemeld bij de IGZ. Alle overlijdens door suïcide (en ook alle ernstige pogingen tot suïcide) zouden wel worden gemeld bij de IGZ. Als door de gemeentelijke lijkschouwer wordt vastgesteld dat sprake is van een overlijden door natuurlijke oorzaak wordt door deze inrichting geen melding gedaan bij de IGZ tenzij de inrichting zelf omissies in het zorgproces veronderstelt.

<sup>16</sup> In de praktijk is de Nationale ombudsman die situatie niet tegengekomen.

<sup>17</sup> Bron: gespreksverslag IGZ 18 november 2011.

<sup>18</sup> Overigens schrijft de staatssecretaris dat dit ook zo is opgenomen in de interne circulaire van DJI “*Landelijke uniforme richtlijn overlijden in een justitiële inrichting*”. Dat is niet juist. Zoals hierboven aangegeven, schrijft de Landelijke richtlijn dat niet alle gevallen van overlijden in detentie bij de IGZ gemeld hoeven te worden. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 24 587, nr. 435 d.d. 7 september 2011).

Uit de gesprekken bleek dat de directeuren en hoofden zorg positief staan tegenover onderzoek door een calamiteitencommissie. “Een frisse kijk kan nieuwe aandachtspunten opleveren”. “Er kunnen kritische kanttekeningen uit zo’n onafhankelijk onderzoek komen, die je door de waan van alledag niet ziet”. “Openheid en transparantie [over wat we doen] is cruciaal en past bij een professionele houding.”

Uit een cijfermatige analyse van de aantallen overlijdens in detentie, zoals geregistreerd door DJI enerzijds en de IGZ anderzijds, blijkt dat er verschillen zijn tussen het aantal meldingen dat gedaan wordt bij DJI en de IGZ.

**Tabel 1**

		DJI	IGZ	verschil
2009	suicide	10	10	0
	overlijden anders	21	16	5
	<b>totaal</b>	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>5</b>
2010	suicide	18	21	-3
	overlijden anders	10	5	5
	<b>totaal</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>2</b>
2011	suicide	15	13	2
	overlijden anders	24	22	2
	<b>totaal</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>4</b>

Uit tabel 1 wordt het volgende duidelijk:

- het totaal aantal geregistreerde overlijdensgevallen in detentie in zowel 2009, 2010, en 2011 is bij DJI hoger dan bij de IGZ.
- als we de cijfers uitsplitsen naar de oorzaak van overlijden (suicide of overlijden anders), dan geldt ook dat de cijfers van DJI over het algemeen hoger liggen dan die van de IGZ, met uitzondering van het aantal suicides in 2010. In 2010 zijn er bij de IGZ per saldo drie suicides meer gemeld dan bij DJI.

Als per overlijdensgeval wordt gekeken naar de aangeleverde cijfers van DJI en de IGZ over 2009, 2010 en 2011, dan valt het volgende op:<sup>19</sup>

- in drie gevallen waarin DJI een overlijden als ‘overlijden met een (on-)natuurlijke doodsoorzaak’ heeft geregistreerd, geeft de IGZ aan dat er sprake is van ‘suicide’;<sup>20</sup>
- in drie gevallen is een suicide wel gemeld bij DJI maar niet gemeld bij de IGZ;
- in een aantal van de gevallen die wel bij DJI gemeld zijn maar niet bij de IGZ, vond het overlijden plaats buiten de inrichting (2009: 2, 2010: 3, 2011: 4).<sup>21</sup>

<sup>19</sup> In bijlage 5 lichten we deze verschillen nog nader toe.

<sup>20</sup> In reactie op de concept-versie van dit rapport heeft de IGZ laten weten dat de reden hiervan is, dat pas na het onderzoek naar deze drie meldingen is gebleken dat er sprake was van suicide.

<sup>21</sup> Volgens de IGZ moet de directeur van de PI een overlijden van een gedetineerde buiten de inrichting melden bij de IGZ als hij van oordeel is dat er sprake is van een calamiteit.

Voor de tien gevallen van overlijden in detentie die in dit onderzoek betrokken zijn, is bekeken in hoeverre er daadwerkelijk een calamiteitenonderzoek heeft plaatsgevonden. Opvallend is dat in drie van deze tien gevallen geen calamiteitenonderzoekscommissie is ingesteld.

- in één van deze drie gevallen heeft de instelling bij het doen van de melding aan de IGZ gevraagd of het instellen van een calamiteitencommissie wel nodig was gezien de korte duur van het verblijf van de gedetineerde (de gedetineerde had binnen een paar dagen na binnenkomst zelfmoord gepleegd). De IGZ is akkoord gegaan met het niet-instellen van een calamiteitenonderzoekscommissie als wel een interne evaluatie plaats zou vinden.
- in de andere twee overlijdensgevallen werd het onderzoek naar de zorgverlening rondom het overlijden ‘uitbesteed’ aan een andere penitentiaire inrichting. Deze concludeerde in beide gevallen op basis van de uitgevoerde evaluatie ‘dat er geen aanleiding is om een calamiteitencommissie in te stellen’. De IGZ heeft over deze werkwijze geen opmerking gemaakt. Deze beide meldingen zijn echter nog niet afgesloten door de IGZ.

In deze drie gevallen zijn er dus wel evaluaties uitgevoerd. In de andere zeven gevallen is er een regulier calamiteitenonderzoek uitgevoerd.

### **Onafhankelijk en deskundig onderzoek**

Is het calamiteitenonderzoek onafhankelijk en wordt het uitgevoerd door deskundigen?

In de richtlijn van DJI is het volgende geregeld over de samenstelling van de calamiteitenonderzoekscommissie die het calamiteitenonderzoek uitvoert:

- de directeur van de inrichting stelt de calamiteitencommissie zelf samen;
- de directeur is tevens de voorzitter;
- de medische dienst van de inrichting ‘neemt deel aan de evaluatie van het overlijden’;
- een medisch adviseur van DJI neemt deel.

De IGZ heeft geen nadere regels gesteld over de samenstelling van de calamiteitencommissie, behalve dat de samenstelling in de rapportage vermeld moet worden. In een gesprek met medewerkers van de ombudsman heeft de IGZ gezegd te zoeken naar een evenwicht tussen onafhankelijkheid, die nodig is om een voldoende kritische houding te garanderen, en betrokkenheid van de instelling waarin zich de calamiteit heeft voorgedaan. Door ook personeel van de instelling zelf deel uit te laten maken van de commissie, wordt volgens de IGZ de kans groter dat de instelling de conclusies van de commissie accepteert en daarvan gaat leren. Bovendien is de kennis over de manier waarop de zaken binnen de inrichting geregeld zijn, dan volgens de IGZ meteen aanwezig binnen de commissie. De IGZ gaf aan daarbij wel de volgende eisen te stellen:

- alle relevante disciplines moeten vertegenwoordigd zijn (leidinggevende/directeur, justitieel verpleegkundige, justitieel arts (meestal dezelfde medewerker van DJI), een psycholoog of psychiater, en eventueel andere deskundigheden afhankelijk van de aard van de calamiteit);
- medewerkers van de inrichting moeten niet direct betrokken zijn geweest bij de calamiteit of de afhandeling daarvan (dus bijvoorbeeld de adjunct in plaats van de directeur, of een collega-vestigingsdirecteur in geval van een grote instelling).

Uit de gesprekken die medewerkers van de ombudsman hebben gevoerd bij vier penitentiaire inrichtingen, kwam het volgende naar voren over de samenstelling van de calamiteitencommissie. Als het gaat om de onafhankelijkheid van de leden van de calamiteitencommissie, gaven de directeurs aan dit belangrijk te vinden. Volgens één van hen: ‘Als slager moet je niet je eigen vlees keuren’. ‘Onafhankelijk’ wordt ingevuld als ‘niet direct betrokken bij het incident en de afhandeling daarvan’. De concrete uitwerking daarvan verschilt per penitentiaire inrichting. In een grote penitentiaire inrichting met veel zorgprofessionals, is de keuze gemaakt om de evaluatie te laten uitvoeren door (uitsluitend) medewerkers binnen de inrichting zelf. Deze inrichting is van voldoende omvang om mensen met afstand tot het incident in te schakelen. In een andere penitentiaire inrichting is ervoor gekozen mensen in de calamiteitencommissie te plaatsen die afkomstig zijn van een andere locatie van dezelfde vestiging. In een derde inrichting heeft de directeur de afspraak gemaakt dat de calamiteitencommissies worden samen-gesteld door de directeur van een andere penitentiaire inrichting in de regio. In twee recente gevallen van overlijden in detentie in die inrichting was de calamiteitencommissie overigens gelijk van samenstelling. Het hoofd zorg van deze inrichting gaf aan dat het naar haar mening goed zou zijn als er ook eens andere personen in de commissie zitten, omdat dat een frisse kijk op kan leveren.

Voor de tien gevallen van overlijden in detentie die voor dit onderzoek nader bestudeerd zijn, is bekeken wat de samenstelling van de calamiteitencommissie was in termen van onafhankelijkheid en deskundigheid.

Als het gaat om de onafhankelijkheid van de calamiteitenonderzoekscommissie, dan valt het volgende op:

- in één geval zijn de namen noch de werkkringen van de commissieleden in het rapport opgenomen (alleen de functies genoemd), zodat niet te beoordelen valt wat de onafhankelijkheid van de commissieleden was. In het IGZ-dossier is een notitie opgenomen van een adviserende psychiater, die schrijft: ‘Geen echt onafhankelijke commissie (want allen intern)’. De inspecteur van de IGZ heeft hier geen consequenties aan verbonden; de melding is inmiddels afgesloten;
- in één geval zijn de namen en de functie van de commissieleden wel genoemd, maar niet

de PI waar drie van hen werkzaam zijn. Daardoor is op basis van het verslag niet te beoordelen of de calamiteitencommissie wel onafhankelijk is samengesteld. Wel is in het verslag de opmerking gemaakt dat, afgezien van de plaatsvervangend vestigingsdirecteur, de leden van de commissie niet betrokken zijn geweest bij het incident;

- in twee gevallen zijn alle leden van de commissie afkomstig uit de inrichting waar het incident zich heeft voorgedaan, op de medisch adviseur van DJI na. In één van deze twee gevallen nam geen arts deel aan de commissie, in het tweede geval nam een arts deel 'van de dienstverlenende artsorganisatie'. Ook in één van de drie gevallen waarin er wél een evaluatie is uitgevoerd maar niet door een 'officiële' calamiteitenonderzoekscommissie, was deze evaluatie uitgevoerd door een commissie die geheel intern was samengesteld;
- in vier gevallen is het calamiteitenonderzoek feitelijk 'uitbesteed' aan een andere penitentiaire inrichting. Deze vier gevallen hebben zich voorgedaan in twee PI's. Voor de twee gevallen in de ene PI geldt, dat ze zijn geëvalueerd zonder dat hier officieel sprake was van een calamiteitencommissie, door (in beide gevallen precies dezelfde) functionarissen van een naburige PI. Deze twee meldingen zijn nog niet afgesloten door de IGZ. Voor de twee gevallen uit de andere PI geldt, dat ze wel door een calamiteitencommissie zijn onderzocht. In beide gevallen waren de deelnemers aan deze commissie werkzaam in een andere, vierde PI;
- slechts in één geval is de rapportage duidelijk over zowel de namen, de functies als de vestigingsplaatsen van de leden van de calamiteitenonderzoekscommissie én zijn de leden afkomstig van verschillende PI's (en van het hoofdkantoor van DJI);
- in zes gevallen hebben één of meer medisch adviseurs van het hoofdkantoor van DJI deel genomen aan de commissie. In vier van deze zes gevallen is dat dezelfde persoon;
- in alle tien gevallen zijn alle leden van de calamiteitenonderzoekscommissies in dienst van, of werkzaam voor DJI.

De IGZ heeft inmiddels zes van de tien meldingen afgesloten, terwijl in vijf van deze zes gevallen de calamiteitencommissie was samengesteld uit mensen van de vestiging zelf of de informatie ontbrak om dat te kunnen beoordelen. Haar taakopvatting strekt kennelijk niet zover dat de samenstelling van de commissie een criterium is voor het al dan niet accepteren van de uitkomsten van het calamiteitenonderzoek. In alle zes afgesloten meldingen heeft de IGZ de uitkomsten van de calamiteitencommissie overgenomen.

Over de deskundigheid die in de calamiteitencommissie vertegenwoordigd is (in termen van deelnemende disciplines), valt het volgende op:

- in zeven van de tien gevallen heeft een hoofd zorg, de medische dienst of hoofd verpleegkundige dienst deelgenomen aan de calamiteitencommissie. In vier van deze gevallen en in drie andere gevallen heeft een arts deelgenomen aan de

calamiteitencommissie: de inrichtingsarts, de arts van ‘de dienstverlenende artsenorganisatie’ of een psychiater;

- in zes van de tien gevallen hebben één of meer medisch adviseurs van het hoofdkantoor van DJI deel genomen aan de commissie;
- in de vijf gevallen waarin sprake was van overlijden door suïcide, heeft een psycholoog of psychiater deelgenomen aan de calamiteitenonderzoekscommissie. In één van deze vijf gevallen was het een psychiatrisch adviseur van DJI, in de andere vier gevallen functionarissen die werkzaam waren in penitentiaire inrichtingen.

Als het gaat om het toezicht door de IGZ, valt op dat de IGZ in geen van de tien dossiers een positieve dan wel negatieve opmerking heeft gemaakt over de deskundigheden die in de calamiteitenonderzoekscommissie verenigd zijn.

### **Reikwijdte onderzoek**

Wat omvat het onderzoek van de calamiteitencommissie?

Uit de rapportages in de tien gevallen en de gesprekken bij de vier penitentiaire inrichtingen blijkt dat de calamiteitencommissies zich richten op het gebeurde rond het overlijden en op de (medische) zorg voor de gedetineerde. Om een beeld van de situatie te krijgen, worden de dienstdoende PIW-ers gehoord. De niet direct betrokken PIW-ers, andere medewerkers in de PI, medege-detineerden en nabestaanden worden niet actief bevraagd. Het is niet uitgesloten dat ze op eigen initiatief informatie kunnen aanleveren aan de calamiteitencommissie, maar het is ook niet duidelijk of ze weten of een calamiteitenonderzoek loopt en op welk moment en hoe ze deze informatie kunnen aanleveren. Eventuele informatie vanuit deze geledingen kan van belang zijn om alle feiten boven tafel te krijgen en zou soms een ander licht kunnen werpen op de gebeurtenis en de voorgeschiedenis.

Voor de IGZ is het onderzoek gericht op de geleverde zorg door de penitentiaire inrichting: de eerstelijnszorg door de inrichtingsarts en verpleegkundigen, de zorg die aanvullend door psycholoog, tandarts en fysiotherapeut wordt geleverd, de farmaceutische zorg en de verwijzing naar de tweedelijnszorg waaronder die naar de psychiater.<sup>22</sup> De IGZ ziet toe op het handelen van de medische dienst en op alle BIG- geregistreerde beroepsoefenaren.

<sup>22</sup> Het begrip ‘zorg’ wordt niet in de Kwaliteitswet zorginstellingen zelf omschreven. Deze invulling is gebaseerd op bijlage 3 van het IGZ-rapport “Medische diensten in penitentiaire inrichtingen” uit 2009, in combinatie met de omschrijving van het begrip ‘zorg’ in art. 10 van de Zorgverzekeringswet.



Zorg die niet door de medische dienst van de justitiële inrichting is geleverd maar door andere medewerkers van de instelling, kan echter ook relevant zijn voor de toestand van de gedetineerde en onderdeel uitmaken van de bijzondere zorg die de overheid voor de gedetineerde moet hebben. Denk hierbij aan het doorgeven van signalen over ziekte of suïcidale neigingen aan PIW-ers of de geestelijk verzorger, of het nemen van maatregelen in de dagelijkse praktijk, zoals geen messen bij een suïcidale gedetineerde, regelmatig eten voor een diabeticus of een vast aanspreekpunt voor iemand met een verstandelijke handicap. Voor de IGZ staan die aspecten niet in de schijnwerper. Het toezicht van de IGZ omvat dus niet de volle breedte van de zorg voor de gedetineerde voorafgaand aan diens overlijden en is daarmee beperkt.

### **Positie nabestaanden in het calamiteitenonderzoek?**

De richtlijn regelt de manier waarop de nabestaanden in kennis worden gesteld van het overlijden van de gedetineerde en het aanbieden van contact in de periode daarna. De richtlijn besteedt echter, op het bieden van de optie van obductie na, geen aandacht aan de nabestaanden in relatie tot het calamiteitenonderzoek.

### **De positie van de nabestaanden in de landelijke richtlijn**

#### ***Informeren over overlijden en aanbieden van contact***

*In de Landelijke richtlijn wordt aangegeven dat de directeur van de inrichting de nabestaanden persoonlijk (uitgebreid) informeert over het overlijden van de gedetineerde en contact aanbiedt.*

*In die contacten speelt de Dienst Geestelijke Verzorging volgens de richtlijn een belangrijke rol. Deze dienst heeft tot taak om bij het overlijden van een gedetineerde eerste opvang, zorg en nazorg aan de nabestaanden te bieden, (in overleg met de directie) mede het contact tussen de inrichtingsdirectie en de nabestaanden te verzorgen, de nabestaanden te begeleiden en ondersteunen bij het bezichtigen van de plaats van het overlijden en als intermediair te fungeren naar nabestaanden als de officier van justitie een gerechtelijke sectie gelast.*

#### ***Informeren over uitkomsten van het onderzoek***

*In de Landelijke richtlijn is geregeld dat het Openbaar Ministerie voorlichting over het strafrechtelijke onderzoek geeft en de nabestaanden informeert over de afloop van dat onderzoek. Wat betreft de uitkomsten van het calamiteitenonderzoek, regelt de richtlijn dat de calamiteitenonderzoekscommissie rapporteert aan de IGZ. Informatieverstrekking over het calamiteitenonderzoek aan de nabestaanden is één van de aspecten die (volgens het format van de IGZ) in de rapportage aan de IGZ aan de orde moeten komen.*

Uit de gesprekken met de directeuren van de penitentiaire inrichtingen bleek, dat het informeren over het overlijden van een gedetineerde in veel gevallen niet persoonlijk door

de directeur van de inrichting gebeurt, maar door de politie in opdracht van de directie. Verschillende overwegingen spelen daarbij een rol: de familie moet zo snel mogelijk en liefst persoonlijk en zorgvuldig worden geïnformeerd. De afstand, de onvoorspelbaarheid van de reactie en het vinden van de familie kan een reden vormen om de politie in te zetten. PI's bieden de nabestaanden altijd de mogelijkheid aan om op bezoek te komen, een gesprek te hebben en de cel te bezoeken. Dat wordt veelal gewaardeerd en levert begrip en acceptatie op. Uit de gesprekken met de medewerkers van de penitentiaire inrichtingen werd ook duidelijk, dat de vragen van nabestaanden vaak dezelfde zijn: 'Wat is er precies gebeurd? Was het overlijden te voorkomen geweest?'

### **Vragen van nabestaanden bij het overlijden van een gedetineerde**

*Nabestaanden die een klacht bij de Nationale ombudsman hebben ingediend, wilden graag antwoord op onder meer de volgende vragen:*

- 🗨 *wie heeft onze zoon gevonden?*
- 🗨 *zijn er foto's waarop is te zien hoe hij is aangetroffen?*
- 🗨 *hoe heeft hij zich het leven benomen?*
- 🗨 *waar is het kledingstuk gebleven waarmee hij het heeft gedaan?*
- 🗨 *is er sectie verricht, wat is de uitslag?*
- 🗨 *wat was de aanleiding voor de psycholoog om met onze zoon in gesprek te gaan?*
- 🗨 *kunnen wij een gesprek met de psycholoog krijgen?*

In de Landelijke richtlijn is niets geregeld over de mogelijkheid dat nabestaanden hun vragen over het overlijden kunnen inbrengen in het calamiteitenonderzoek dat plaatsvindt, op het aanbieden van de optie van obductie na. In de Landelijke richtlijn wordt aangegeven dat de nabestaanden moeten worden geïnformeerd over de mogelijkheid om obductie te laten plegen. Deze obductie kan alleen worden uitgevoerd als de nabestaanden daarmee instemmen. Overigens kan ook de inrichtingsdirectie aan de nabestaanden voorstellen om een obductie te doen. Niet is geregeld dat nabestaanden bij het calamiteitenonderzoek informatie kunnen inbrengen die mogelijk een ander licht werpt op de situatie voorafgaand aan het overlijden. Ook is niets geregeld over de wijze waarop nabestaanden over de uitkomsten van het calamiteitenonderzoek geïnformeerd worden. De IGZ heeft in principe geen contact met nabestaanden van overledenen in detentie, zo bleek uit het gesprek met de IGZ. De uitkomsten van het toezicht door de IGZ worden ook niet door de IGZ uit eigen beweging aan de nabestaanden meegedeeld. De IGZ ziet de opvang of begeleiding van nabestaanden als een taak voor de zorginstelling. De IGZ hoort de nabestaanden voor zover dit nodig is om vast te stellen of er sprake is geweest van verantwoorde zorg.

Als de nabestaanden zich zelf melden bij de IGZ, bij voorbeeld doordat ze vragen stellen, stelt de IGZ ze op de hoogte van de uitkomst van het toezicht door het toesturen van het toezichtrapport.

Als het gaat om het informeren over de uitkomsten van het calamiteitenonderzoek, geven de directeuren van twee inrichtingen aan dat nabestaanden daarover geïnformeerd worden als nabestaanden daar (expliciet) om vragen. Ze krijgen geen exemplaar van de rapportage in handen maar worden op hoofdlijnen geïnformeerd. Eén inrichting geeft aan dat de nabestaanden niet worden geïnformeerd over de resultaten van het calamiteitenonderzoek. De vierde inrichting geeft aan dat nabestaanden niet worden geïnformeerd tenzij uit het onderzoek blijkt dat er fouten zijn gemaakt in de zorg of de signalering.

Uit de dossiers van de tien gevallen van overlijden in detentie die voor dit onderzoek nader bestudeerd zijn, kan niet opgemaakt worden of en hoe de nabestaanden geïnformeerd zijn over de uitkomsten van het calamiteitenonderzoek. Ook blijkt niet uit de rapportages dat de nabestaanden de gelegenheid hebben gekregen hun visie op het overlijden en eventuele vragen of andere informatie aan de calamiteitencommissie voor te leggen. Wel wordt in alle gevallen beschreven hoe de nabestaanden geïnformeerd zijn over het overlijden zelf.

### **Wordt het calamiteitenonderzoek afgerond met conclusies over gebeurtenis?**

Voor de tien gevallen van overlijden in detentie die voor dit onderzoek nader bestudeerd zijn, is bekeken in hoeverre het calamiteitenonderzoek is afgerond met conclusies over de gebeurtenis.

- In zes van de tien gevallen staat in het rapport van de calamiteitenonderzoekscommissie geen expliciete of duidelijk herkenbare conclusie over de vermijdbaarheid van de calamiteit, in dit geval dus het overlijden van de gedetineerde. In één van deze zes gevallen staat een dergelijke conclusie er wel indirect, namelijk dat er geen reëel vermoeden van suïcide was op basis van de beschikbare informatie. Vijf van deze zes gevallen zijn inmiddels afgesloten door de IGZ.
- In de andere vier gevallen is er wel een duidelijke conclusie opgenomen over de vermijdbaarheid van het overlijden in het rapport van de calamiteitencommissie. In alle vier gevallen luidde de conclusie dat het overlijden niet te vermijden of te voorzien was geweest. Wel wordt in het calamiteitenrapport voor één van deze vier gevallen opgemerkt dat de optie van obductie voortaan explicieter moet worden overwogen omdat dat veel vragen over de doodsoorzaak kan voorkomen, en dat over het hoe en waarom van het oordeel van de schouwarts over de doodsoorzaak voortaan duidelijker moet worden gerapporteerd.

Zoals eerder gezegd houdt de IGZ alleen voor overlijdens in detentie die gemeld zijn bij de IGZ, toezicht op de kwaliteit van het calamiteitenonderzoek dat wordt uitgevoerd. In de Landelijke richtlijn is niets geregeld over de manier waarop de IGZ dat doet. Volgens de Landelijke richtlijn hoeven niet alle overlijdens in detentie gemeld te worden.

In het gesprek met de IGZ in november 2011, heeft de IGZ haar werkwijze bij het toetsen van de rapportages als volgt omschreven:

*Bij de beoordeling van de uitkomsten let de inspecteur op drie punten: (1) samenstelling van de calamiteitencommissie, (2) zijn de feiten voldoende helder beschreven, (3) is de analyse van voldoende kwaliteit en zijn er verbetermogelijkheden aangegeven. Ook het rapport van de calamiteitencommissie wordt altijd besproken in het team Forensische Zorg van de IGZ. Als de beoordeling op één van deze punten negatief uitvalt, is dat in principe reden voor de IGZ om zelf onderzoek te doen.*

De uitvoering van het toezicht door de IGZ blijkt in de praktijk beperkt, in die zin dat de IGZ zich baseert op de informatie zoals die haar wordt aangeleverd: de door de calamiteitencommissie opgestelde rapportage, en de informatie die de IGZ zelf nog opvraagt bij de inrichting. De IGZ voert geen eigen ‘checks’ uit om de kwaliteit van de aangeleverde informatie vast te stellen of om na te gaan of er wellicht ook nog andere informatie is die relevant is voor het beoordelen van de geleverde zorg aan de overleden gedetineerde.

Wat de IGZ wél doet, is zich op basis van de aangeleverde informatie een beeld vormen over de vraag of de zorg die geleverd is voldoende was.

*De inspecteur controleert de feiten in het rapport aan de hand van de gegevens in het medisch dossier. (Bij een calamiteit in een PI wordt standaard het medisch dossier opgevraagd). De inspecteur kijkt hierbij met de bril van een huisarts en de NHG-zorgstandaarden in het achterhoofd: is hier adequate (huisartsen-)zorg geboden? Als het rapport op dit punt voldoet, kijkt de inspecteur naar de leerpunten en gaat hij na of ze worden opgevolgd. Als de aangeleverde analyse negatief wordt beoordeeld, roept de inspecteur de betrokken arts op voor gesprek.*

Voor de tien gevallen van overlijden in detentie die voor dit onderzoek nader bestudeerd zijn, is bekeken wat het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van de aangeleverde calamiteitenrapportages is. Zes van de tien IGZ-dossiers zijn inmiddels afgesloten. In vier gevallen was dat nog niet gebeurd.

■ In geen van deze zes gevallen is, blijkens de dossiers, nadere informatie door de inspecteur bij de inrichting opgevraagd over de toedracht rond het overlijden (apart van de informatie vervat in de calamiteitenrapportages inclusief de bijlagen). Als het

gaat om de vier nog openstaande meldingen, blijkt uit de dossiers dat de IGZ in ieder geval in twee gevallen nadere informatie heeft opgevraagd of zorgverleners uit de PI voor een gesprek heeft uitgenodigd. Bij de vier van de vijf suïcidegevallen, bevatten de IGZ-dossiers ook de visie van een adviserend psychiater (ten behoeve van de inspecteur). In twee van de drie afgesloten suïcide-dossiers heeft de adviserend psychiater in zijn advies opmerkingen gemaakt bij de onafhankelijkheid van het uitgevoerde onderzoek of de reikwijdte ervan. In de brieven ter afsluiting van deze meldingen is daarvan niets terug te vinden.

- In vier van de zes afgesloten meldingen, is in de afsluiting van de melding expliciet een opmerking over de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek opgenomen, namelijk dat het incident voldoende, gedegen of zelfs zorgvuldig uitgevoerd is. In één ander geval is aangegeven dat het rapport getoetst is en geen vragen oproept. In het zesde geval is niets over de kwaliteit van het onderzoek vermeld.
- In vier van deze zes gevallen is in de afsluiting van de melding expliciet een opmerking opgenomen over de vraag of er een relatie was tussen het overlijden en de verleende (medische) zorg door de inrichting.
- In drie van deze zes gevallen is in de afsluiting van de melding expliciet een opmerking opgenomen dat de verbetermaatregelen voldoen. In één van deze drie gevallen is aangegeven dat de verbetermaatregelen aan de orde kunnen komen bij een volgend bezoek van de IGZ aan de instelling. In het vierde geval is hierover niets gemeld. In het vijfde geval is de aanbeveling van de calamiteitencommissie wel genoemd in de afsluitende brief maar geeft de inspecteur hieraan geen kwalificatie. In het zesde geval is aangegeven dat de inspectie zich grotendeels [sic] kan vinden in de voorgestelde maatregelen, maar wordt niet aangegeven wat er moet gebeuren om tot een volledige instemming van de inspectie te komen.

Opvallend is dat hoewel de rapportages in deze zes gevallen soms aanleiding gaven tot opmerkingen over de kwaliteit en diepgang van het uitgevoerde onderzoek, dit in deze gevallen voor de IGZ geen aanleiding is geweest om de conclusies van het onderzoek in twijfel te trekken, om na te gaan of de aanbevelingen nog passend en voldoende zijn, of om zelf nader onderzoek te doen naar de relatie tussen de zorg in de PI en het overlijden van de gedetineerde.

In vier van de tien gevallen (drie (on-) natuurlijke dood, één suïcide) was de melding nog niet afgesloten door de IGZ. In drie van deze gevallen heeft de IGZ nader onderzoek ingesteld.

- Twee van deze vier overlijdensgevallen deden zich voor in dezelfde penitentiaire inrichting. De IGZ heeft besloten om de betreffende inrichting te bezoeken. Tijdens dat bezoek zal de organisatie van de zorg onder de loep genomen worden.
- In een derde geval heeft de IGZ nader onderzoek gedaan naar de medische informatie over de overleden gedetineerde omdat daarin onvolkomenheden aan het licht kwamen.

Ook heeft de IGZ gesprekken gevoerd met medewerkers van de inrichting (artsen, vestigingsdirecteur en hoofd zorg).

- Het vierde dossier is door de IGZ nog niet afgesloten omdat de IGZ het verslag van het onderzoek naar de calamiteit door een misverstand pas laat had ontvangen en nog niet heeft kunnen beoordelen.

### **Uitkomsten onderzoek openbaar?**

In de Landelijke richtlijn wordt aangegeven dat de calamiteitenonderzoekscommissie rapporteert aan de IGZ. Verder wordt geregeld dat contacten met de media uitsluitend via de directie voorlichting van het ministerie lopen. Op grond van de Landelijke richtlijn worden de uitkomsten van het calamiteitenonderzoek dus niet openbaar gemaakt.

De IGZ heeft een openbaarmakingsbeleid dat vermeldt dat de IGZ rapporten over onderzoek naar calamiteiten in het algemeen niet openbaar maakt.

Voor de tien gevallen van overlijden in detentie die voor dit onderzoek nader bestudeerd zijn, is bekeken of in de calamiteitenrapportages aandacht is besteed aan het openbaar maken van de resultaten van het calamiteitenonderzoek. In geen van de rapportages is hierover iets opgenomen. In één geval heeft de vestigingsdirecteur aan de IGZ gevraagd wat de werkwijze van de IGZ is inzake mogelijke openbaarmaking van het onderzoeksrapport van de calamiteitencommissie. De IGZ heeft hierop geantwoord dat bij suïcidemeldingen alleen de geanonimiseerde afhandelbrief van de IGZ door middel van een verzoek op grond van de Wet openbaarheid van bestuur openbaar gemaakt kan worden; de onderliggende documentatie niet.

### **Verbeteringen**

Eén van de aspecten die volgens de IGZ in de rapportage van calamiteitenonderzoek aan de orde moet komen, zijn aanbevelingen voor actiepunten en verbeteracties:

- SMART-geformuleerde aanbevelingen voor actiepunten en verbeteracties ten aanzien van de organisatie en/of de individuele hulpverleners, aansluitend bij de basisoorzaken uit de analyse;
- neemt de directie de aanbevelingen over en op welke wijze worden de eventuele maatregelen geïmplementeerd?

Uit het gesprek met de IGZ, blijkt dat de IGZ vooral let op de samenhang van de conclusies en de aanbevelingen, de uitvoerbaarheid (in de ogen van de IGZ-inspecteur) van de verbeteracties en het commitment van de directie.

*De IGZ-inspecteur kijkt vooral of de maatregelen voldoende concreet (SMART) zijn, en overigens ook zodanig dat de directeur of het hoofd medische dienst weet wat er voortaan anders moet. Verder moeten de maatregelen voldoende in aantal zijn.*

Uit de gesprekken bij de vier penitentiaire inrichtingen, bleek dat de IGZ in één geval heeft gevraagd om de aanbevelingen die in de calamiteitenrapportage staan, nader te operationaliseren in een plan van aanpak. Bij geen van deze inrichtingen heeft de IGZ nadere informatie opgevraagd over de daadwerkelijke uitvoering van de voorgenomen verbetermaatregelen of een bezoek aan de instelling gebracht waarin dit aan de orde is gekomen. In de Landelijke richtlijn van DJI wordt niet expliciet ingegaan op het feit dat in de rapportage van het calamiteitenonderzoek ook aanbevelingen en verbeteracties aan bod moeten komen. Wel wordt aangegeven dat de medisch adviseur van de afdeling Gezondheidszorg van DJI een adviserende rol in de calamiteitencommissie kan vervullen om onvolkomenheden in de medische zorg in kaart te brengen 'zodat herhaling van onnodige risico's kan worden vermeden en de kwaliteit van de medische zorg kan worden verbeterd'. In de gesprekken bij de vier penitentiaire inrichtingen werd aangegeven dat er landelijke en regionale overleggen zijn voor directeurs van PI's en ook voor hoofden zorg, en dat daarin overzichten van calamiteiten en overlijdens worden verstrekt. Eén vestigingsdirecteur gaf aan dat het verspreiden van het overzicht de mogelijkheid biedt om 'contact te zoeken met een vestiging om te vragen hoe het daar ging'. Een hoofd zorg van een andere PI gaf aan dat in het regionale gezondheidszorgoverleg alle suïcides worden gemeld en dat tweemaal op het landelijke hoofdenoverleg algemener gesproken is over suïcides. Volgens dit hoofd zorg worden de leerpunten die uit het onderzoek van een calamiteitencommissie komen, echter niet in deze overleggen besproken, hoewel dat wel in een behoefte zou voorzien.<sup>23</sup>

### **2.5.6 Conclusies calamiteitenonderzoek**

Gebleken is, dat niet in alle gevallen een calamiteitenonderzoek plaatsvindt. Er is sprake van een onduidelijke situatie: de IGZ gaat er van uit dat alle gevallen bij haar gemeld worden, maar de Landelijke richtlijn van DJI benoemt expliciet dat in sommige situaties een overlijden in detentie niet gemeld hoeft te worden bij de IGZ. Tijdens de bezoeken aan de PI's gaf één PI aan inderdaad niet alle gevallen van overlijden te melden bij de IGZ. Het calamiteitenonderzoek kan niet worden beschouwd als een alomvattend onderzoek naar een specifiek geval van overlijden in detentie. Het onderzoek betreft met name de kwaliteit van de (medische) zorg en richt zich op de vraag of er onvolkomenheden in het systeem zijn waarvoor verbetering noodzakelijk is. Het onderzoek brengt daarmee niet automatisch en vanzelfsprekend alle relevante feiten in beeld waarmee de precieze gang van zaken in het concrete geval van de overleden gedetineerde valt te reconstrueren. Het onderzoek is niet voldoende onafhankelijk, omdat de leden van de calamiteitencommissies veelal nauw betrokken zijn bij de inrichting. Op zich is te begrijpen dat personen die vanuit de inrichting direct betrokken zijn een rol spelen in het onderzoek. Dat neemt echter niet weg dat de onafhankelijkheid van het onderzoek op transparante wijze gewaarborgd dient te worden. Het onderzoek kan niet beschouwd worden als een volledig onderzoek. Nabestaanden noch medegedetineerden worden in de gelegenheid

<sup>23</sup> In een informele reactie op het concept-rapport heeft DJI laten weten dat haar medisch adviseurs de bevindingen van de calamiteitencommissies (ook) inhoudelijk communiceren met de directeurs van de penitentiaire inrichtingen tijdens het landelijk directeurenoverleg, met de hoofden zorg tijdens landelijke bijeenkomsten en met de justitieel geneeskundigen tijdens regionale bijeenkomsten.

gesteld eventuele informatie te geven en vragen in te brengen in het onderzoek. De IGZ accepteert dat sommige meldingen worden geëvalueerd zonder een calamiteitenonderzoekscommissie. Bij de vraag of de conclusies van de calamiteitenrapportage overgenomen kunnen worden, speelt de samenstelling van de calamiteitencommissie (in termen van onafhankelijkheid) kennelijk geen rol. In de gevallen die nader zijn bestudeerd is de IGZ (nog) niet nagegaan of de voorgenomen verbeteringen ook daadwerkelijk uitgevoerd worden.

*In reactie op de concept-versie van dit rapport heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport laten weten dat er inmiddels een herijking heeft plaatsgevonden van de afspraken tussen de IGZ, DJI en de penitentiaire inrichtingen over het calamiteitenonderzoek dat door de penitentiaire inrichtingen wordt uitgevoerd. Deze nieuwe afspraken zullen in het voorjaar van 2012 definitief worden gemaakt en formeel worden vastgesteld. De nieuwe afspraken leiden tot een andere werkwijze van de IGZ. De minister geeft aan dat de IGZ in de afgelopen maanden deze afspraken al heeft toegepast bij het uitvoeren van haar toezicht. De nieuwe afspraken gaan onder meer over de mate van onafhankelijkheid en de benodigde deskundigheid van de onderzoekscommissies en de nadere eisen waaraan het eigen calamiteitenonderzoek van de penitentiaire inrichtingen moet voldoen. Als het gaat om de reikwijdte van het door de penitentiaire inrichting uitgevoerde calamiteitenonderzoek, zal de IGZ per calamiteit en op grond van de rapportage van de calamiteitencommissie wegen of de juiste mensen en de juiste aantallen mensen zijn gehoord, gezien de aard en de omvang van de calamiteit.*

De positie van nabestaanden in het calamiteitenonderzoek is onvoldoende gewaarborgd. Niet is geregeld dat nabestaanden hun vragen kunnen inbrengen, informatie kunnen aanleveren of van de stand van zaken en de uitkomst van het calamiteitenonderzoek op de hoogte worden gesteld.

## **2.6 Conclusies over onderzoek na een overlijden in detentie**

### **Algemeen**

Naar een overlijden in detentie vinden twee afzonderlijke onderzoeken plaats. Enerzijds vindt een onderzoek plaats naar de verleende (medische) zorg voorafgaand aan het overlijden, anderzijds wordt onderzocht of het overlijden een gevolg is van strafbaar handelen of nalaten. De twee onderzoeken (calamiteitenonderzoek en strafrechtelijk onderzoek) komen onvoldoende samen. De informatie uit het strafrechtelijke onderzoek wordt niet beschikbaar gesteld aan de calamiteitencommissie en de informatie uit het calamiteitenonderzoek wordt niet aan de politie of de officier van justitie verstrekt. Dat is opmerkelijk want de feiten die door de politie zijn verzameld, kunnen van betekenis zijn voor de vraag of er onvolkomenheden zijn geweest in de bijzondere zorg die de overheid voor een gedetineerde heeft. Bevindingen uit het strafrechtelijk onderzoek zouden ook kunnen bijdragen aan het formuleren van verbeterpunten voor de werkwijze van de PI.



### **Onderzoek versus normen**

De wijze waarop een overlijden in detentie nu wordt onderzocht, voldoet niet op alle punten aan de behoorlijkheidsnormen die de Nationale ombudsman stelt aan een dergelijk onderzoek.

#### **2.6.1 Het onderzoek is niet integraal**

Er is geen integraal onderzoek naar de oorzaak en de omstandigheden van overlijden in detentie, waarin alle informatie wordt beoordeeld en waaruit vervolgens zo mogelijk een eenduidige, heldere en complete conclusie wordt getrokken. Er vinden op dit moment twee afzonderlijke deelonderzoeken plaats die gezamenlijk niet voldoen als een behoorlijk onderzoek naar waarheidsvinding in een individueel geval van overlijden in detentie. Beide onderzoeken –strafrechtelijk en calamiteitenonderzoek– hebben een verschillende focus, waardoor de totale zorgverlening en eventuele tekortkomingen die van invloed kunnen zijn geweest op het overlijden van de gedetineerde, onvoldoende belicht worden. Het calamiteitenonderzoek kijkt vooral terug op een overlijden, met als doel om na te gaan in hoeverre het overlijden vermijdbaar was en met welke verbeteringen in de (structuren van) de zorgverlening soortgelijke calamiteiten in de toekomst voorkomen kunnen worden. Het onderzoek van politie en OM is vooral gericht op het beantwoorden van de vraag of er een direct verband te leggen is tussen het overlijden van de gedetineerde en het mogelijk strafrechtelijke handelen van derden. Daartoe wordt de situatie kort voor het overlijden in kaart gebracht. Of er ook voldoende wordt gekeken naar mogelijke strafrechtelijke nalatigheid in het hele (zorg)traject voor het overlijden, is niet duidelijk. Het ontbreekt bovendien aan afstemming over de bevindingen tussen het calamiteitenonderzoek en het strafrechtelijk onderzoek, zodat eventuele tegenstrijdigheden of leemtes in de gedane onderzoeken niet of onvoldoende zichtbaar zijn. Uit de twee onderzoeken volgen verschillende conclusies maar er vindt geen toets plaats of die conclusies te verenigen zijn. In ons onderzoek zijn we zelfs een geval tegen gekomen waarbij de twee soorten onderzoeken elkaar blokkeren. In dat geval weigerde het OM het verzoek van de IGZ om het bloed van de overleden gedetineerde te onderzoeken, met als reden dat de gemeentelijke lijkschouwer had uitgesproken dat er sprake was geweest van een natuurlijke dood.

De overheid heeft de verplichting om zorg te dragen voor een volledig, alles omvattend onderzoek dat uitmondt in eenduidige heldere conclusies over de toedracht rond het overlijden en in het bijzonder over de vraag of de overheid voldoende heeft gedaan om het overlijden te voorkomen. Door de huidige werkwijze voldoet de overheid niet aan deze verplichting.

#### **2.6.2 Onvoldoende aandacht voor onafhankelijkheid**

Er is onvoldoende aandacht voor de onafhankelijkheid van het onderzoek terwijl dat wel noodzakelijk is om een betrouwbaar beeld te krijgen. Het doel van onderzoek naar het

overlijden van een gedetineerde is niet alleen het zoeken naar interne verbeterpunten of eventuele strafbare feiten. Het gaat er ook om dat de overheid transparant en betrouwbaar is voor de nabestaanden, samenleving en overige gedetineerden. Het is om die reden belangrijk dat de overheid alle relevante feiten en omstandigheden rondom het overlijden van een gedetineerde boven tafel krijgt. (waarheidsvinding) Het strafrechtelijk onderzoek is voldoende onafhankelijk, maar onvoldoende transparant. Het calamiteitenonderzoek wordt niet voldoende onafhankelijk uitgevoerd. Weliswaar heeft de IGZ de rol van onafhankelijke externe toezichthouder op dit onderzoek, maar in de praktijk is de controle door de IGZ op het onderzoek en de gegevens waarop dat onderzoek gebaseerd is, te summier en te veel op afstand.

### **2.6.3 Er vindt niet in alle gevallen onderzoek plaats**

Het vereiste van bijzondere zorg brengt verplichtingen voor de overheid met zich mee. De overheid is verantwoordelijk voor de zorg aan een ieder die onder haar hoede is geplaatst. Dat geldt voor alle gedetineerden maar het blijkt dat niet naar ieder overlijden onderzoek wordt ingesteld. Niet in alle gevallen wordt door de PI een melding aan de IGZ gedaan. In het licht van het vereiste van bijzondere zorg is dit niet behoorlijk. De overheid moet, ongeacht de oorzaak van het overlijden of de plek waar de gedetineerde overlijdt (bijvoorbeeld op proefverlof) onderzoeken of zij haar zorgverplichtingen jegens die gedetineerde voldoende is nagekomen. Dit brengt ook met zich mee dat er in de PI nadrukkelijker moet worden stil gestaan bij de mogelijkheid van obductie en dat deze optie wordt besproken met nabestaanden.

### **2.6.4 Het onderzoek is niet volledig**

In de onderzoeken van de calamiteitencommissie en de politie worden de medewerkers van de PI betrokken. Opvallend is dat er geen gesprekken plaatsvinden met nabestaanden of medegedetineerden. Ook medewerkers van de PI die niet rechtstreeks bij het overlijden betrokken waren, worden vaak niet gehoord. Dat houdt het risico in dat niet alle relevante informatie bij de onderzoeken betrokken wordt. Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek en het vertrouwen in de uitkomsten van het onderzoek acht de ombudsman het van groot belang dat alle partijen de kans hebben om gehoord te worden. Daarom zou in het onderzoek actief aan de nabestaanden gevraagd moeten worden of zij nog informatie hebben die wellicht van belang kan zijn, voordat er conclusies worden getrokken. Ook medegedetineerden moeten altijd de gelegenheid krijgen om gemakkelijk en veilig informatie te delen met de calamiteitencommissie of politie.

### **2.6.5 Er is onvoldoende aandacht voor de nabestaanden**

Respectvol omgaan met nabestaanden, als naaste betrokkenen, betekent onder meer dat de overheid aan de nabestaanden de gelegenheid biedt om hun vragen over de toedracht van het overlijden te stellen en om deze vragen en eventuele andere relevante informatie te betrekken bij het onderzoek dat plaatsvindt. Meer in het bijzonder moet de overheid de nabestaanden actief informeren over de mogelijkheid van obductie. Dit lijkt nu nauwelijks te gebeuren. Bovendien moet de overheid de nabestaanden actief, volledig en duidelijk informeren over de voortgang van het onderzoek en de uitkomsten daarvan. Nabestaanden hebben nu de mogelijkheid om vragen te stellen aan de directeur van de PI maar het is niet duidelijk tot wie ze zich moeten richten met vragen over en informatie voor het calamiteitenonderzoek. Eventuele informatie van de nabestaanden zelf die van invloed kan zijn op de conclusies van het onderzoek, blijft daardoor onbenut. Nabestaanden worden ook niet spontaan geïnformeerd over de onderzoeksresultaten en de conclusies, noch voor het calamiteitenonderzoek noch voor het strafrechtelijk onderzoek. De Nationale ombudsman vindt het zorgelijk dat de nabestaanden in de onderzoeken nauwelijks een rol blijken te spelen.

### **2.6.6 Uitkomsten van onderzoek worden onvoldoende gebruikt voor verbeteringen**

Het calamiteitenonderzoek heeft mede tot doel om eventuele verbeterpunten te formuleren. Het is geen gewoonte onder PI's om de leerpunten die uit het onderzoek van een calamiteitencommissie komen, proactief te delen met andere PI's zodat deze kunnen leren van andermans 'fouten' en ervaringen. Bij een incident als een overlijden in detentie zou kennisdeling juist een belangrijk doel van het onderzoek moeten zijn. Van een actieve houding van de IGZ als het gaat om de daadwerkelijke opvolging van de aanbevelingen van de calamiteitencommissies is de ombudsman in dit onderzoek niet gebleken.

#### **Een voorbeeld: "Prisons and probation ombudsman"**

In Engeland en Wales heeft de "Prisons and probation ombudsman" de taak om een uitgebreid onafhankelijk onderzoek te doen naar de omstandigheden van alle overlijdens van personen die in bewaring zijn gesteld

Het doel van het onderzoek door de *Prison and probation ombudsman* is:

- de feiten en omstandigheden rond het overlijden vast stellen, met name rond de manier waarop de gedetineerde door de overheid is behandeld, maar ook eventuele relevante externe factoren bekijken;
- onderzoeken of veranderingen in de uitvoering, het beleid, de praktijk of het management herhaling kunnen voorkomen;
- in overleg met de "national healthcare system" de relevante medische aspecten onderzoeken en de medische zorg toetsen. Uitleg en inzicht verstrekken aan de nabestaanden;
- de onderzoeksrechter assisteren bij zijn onderzoek om aan de onderzoeksverplichting op grond van artikel 2 EVRM te voldoen, door zoveel als mogelijk te verzekeren dat

alle feiten volledig boven water komen en iedere relevante tekortkoming wordt blootgelegd, iedere discutabele actie of gewoonte wordt geïdentificeerd en alle mogelijke lessen uit het overlijden worden getrokken.

De *Prisons and probation ombudsman* betreft bij zijn onderzoek ook de nabestaanden en biedt hen en medegedetineerden de mogelijkheid ook informatie te leveren, vragen te stellen en gehoord te worden:

*“It is PPO policy that within 20 days of the notification, the designated Family Liaison Officer (FLO) makes telephone contact with the family. When there is difficulty identifying the family, the FLO contacts the police and coroner’s officer to share information. The family is offered the opportunity to meet the investigator and FLO to discuss their concerns. They are provided with information about the PPO processes and the inquest, and details of other sources of advice. If the family is concerned about matters outside the TOR, the FLO will refer them to the appropriate agency which may include the Coroner.”*

Het onderzoek bestaat altijd uit:

- dossieronderzoek;
- een bezoek aan de inrichting waar het overlijden plaatsvond, (of waar de overledene voorheen verbleef);
- gesprek met de relevante medewerkers en met andere gedetineerden;
- een toetsing van de medische gang van zaken;
- feedback aan de inrichting over de uitkomsten van het onderzoek;
- een conclusie over de oorzaak van het overlijden.

Van ieder onderzoek wordt een rapport opgesteld. Het conceptrapport wordt, samen met andere relevante documenten, aan de nabestaanden, de relevante autoriteit, de onderzoeksrechter en de medische autoriteiten toegestuurd. Het rapport kan aanbevelingen bevatten. Alle betrokkenen hebben de mogelijkheid om te reageren op het concept en de aanbevelingen. Vervolgens wordt het definitieve rapport opgesteld. Een geanonimiseerde versie van het rapport wordt na afloop van het gerechtelijk onderzoek gepubliceerd. De relevante autoriteit moet de ombudsman een plan van aanpak met een tijdpad sturen waaruit blijkt hoe de aanbevelingen worden opgevolgd.

## 3 Informatieoverdracht

### 3.1 Inleiding

Een gedetineerde is volledig afhankelijk van de overheid als het gaat om de (medische) zorg die hij nodig heeft. In dit onderzoek heeft de Nationale ombudsman de zorgverlening aan de gedetineerden niet rechtstreeks onderzocht. Hij heeft geen medische informatie bekeken. Over deze zorgverlening worden daarom in dit rapport geen conclusies getrokken. Om de zorg zo goed mogelijk af te kunnen stemmen op de behoefte van de gedetineerde, is het belangrijk dat de inrichting weet wat de zorgbehoefte van de gedetineerde is en wat risicofactoren zijn waarop alert gereageerd moet worden. Het is inherent aan detentie dat verschillende functionarissen zich bezig houden met de zorg voor een gedetineerde. Daarom is de overdracht van informatie van groot belang.

Uit het onderzoek van de IGZ uit 2009 bleek dat de informatieoverdracht niet altijd goed verliep. In de gesprekken met hoofden zorg kwam de informatieoverdracht ook als knelpunt aan bod. In de eindrapportages in de tien overlijdensgevallen die de Nationale ombudsman van de IGZ ontving, werd eveneens een aantal malen genoemd dat de informatieoverdracht van met name de medische informatie niet goed verliep.<sup>24</sup> Als de informatieoverdracht vaker problematisch is, brengt dat zonder meer het risico met zich mee dat dit invloed heeft op de zorgverlening voorafgaand aan een overlijden van een gedetineerde. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de overdracht van informatie over de gedetineerde die relevant is voor de zorg die hem verleend wordt. Daarbij komen twee aspecten aan bod: de informatieoverdracht bij binnenkomst in de penitentiaire inrichting en de informatieoverdracht tijdens het verblijf daar. In paragraaf 3.2 wordt aandacht besteed aan de normen die de Nationale ombudsman stelt aan informatieoverdracht. Paragraaf 3.3 is een weergave van de praktijk en paragraaf 3.4 bevat enkele conclusies.

### 3.2 Normen

Van de overheid mag worden verwacht dat zij de grondrechten van haar burgers respecteert en voldoet aan het vereiste van bijzondere zorg.

#### ***Het recht op gezondheid***

Het recht op gezondheid is een mensenrecht. Dit recht is vastgelegd in mensenrechtenverdragen en heeft in de Nederlandse Grondwet zijn weerslag gekregen in artikel 22. Op grond van het recht op gezondheid mag van de overheid worden verwacht dat zij zich maximaal inspant om de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg te garanderen. De Nationale ombudsman voegt hieraan nog toe de bescherming van de menswaardigheid van mensen in een afhankelijke positie, zoals diegenen die in een PI verblijven. Zij moeten kunnen rekenen op adequate bescherming van fundamentele mensenrechten. De overheid draagt rechtstreeks de verantwoordelijkheid

<sup>24</sup> In alle rapportages werd aangegeven dat dit geen rechtstreekse invloed op het overlijden van de gedetineerde heeft gehad.

voor zorgverlening aan de gedetineerden. De medische zorg en andere vormen van zorg en assistentie die deze personen ontvangen, dienen in overeenstemming te zijn met de normen die liggen besloten in het recht op gezondheid en andere mensenrechten. Artikel 3 EVRM bevat de positieve verplichting om op adequate wijze zorg te dragen voor de gezondheid en het welzijn van de gedetineerden. Dit houdt in dat deze zorg tijdig en adequaat verstrekt moet worden: de zorg in detentie moet op maat zijn. Ook vloeit uit artikel 3 van het EVRM voort dat er voldoende verslaglegging en registratie plaats moet vinden. The Committee on Prevention of Torture' (de CPT)<sup>25</sup> van de Raad van Europa heeft artikel 3 EVRM uitgewerkt in een aantal concrete normen voor de behandeling van mensen die door de overheid zijn ingesloten.

Een belangrijk onderdeel van adequate gezondheidszorg in detentie is de toegang tot een dokter, zowel bij binnenkomst als tijdens het verblijf in de inrichting. Dit is uitgewerkt in de norm dat iedere gedetineerde volgens de CPT bij binnenkomst in de inrichting zo snel mogelijk door een dokter moet worden gezien en indien nodig lichamelijk onderzocht wordt. Zo'n onderzoek zou binnen 24 uur na binnenkomst moeten plaatsvinden. Dit medisch onderzoek kan zowel door een arts zelf worden uitgevoerd als door een gediplomeerde verpleger, waarna aan een arts wordt gerapporteerd. Alle bevindingen uit het medisch onderzoek, eventuele verklaringen van de gedetineerde en de conclusie van de arts moeten worden vastgelegd in het medisch dossier van de gedetineerde.

### **Het vereiste van bijzondere zorg**

Het vereiste van bijzondere zorg dat de Nationale ombudsman als toetsingsnorm hanteert houdt in dat overheidsinstanties aan personen die onder hun hoede zijn geplaatst, de zorg verlenen waarvoor deze personen op die overheidsinstanties zijn aangewezen. Het betekent dat de overheid de plicht heeft om goed te zorgen voor personen aan wie zij de fysieke vrijheid of zelfstandigheid heeft ontnomen. Zij is verantwoordelijk voor goede medische en andere zorgverlening aan deze personen.

De overheid moet zich vanuit het respect voor het recht op gezondheid en het verbod op wrede of onmenselijke behandeling en het vereiste van bijzondere zorg, voor gedetineerden inspannen om alles wat relevant en noodzakelijk is voor wat betreft de benodigde (medische) zorg, adequaat te regelen. Dat betekent onder meer dat de overdracht van (medische) informatie goed moet zijn geregeld en goed moet worden uitgevoerd. Daarnaast moet alles tijdig en goed worden vastgelegd en geregistreerd. Met andere woorden, de overheid kan het zich niet permitteren dat de noodzakelijke informatie over een gedetineerde niet bij de verschillende betrokkenen binnen de penitentiaire inrichting bekend is.

<sup>25</sup> De volledige naam van de CPT is "Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing". Hiermee worden twee belangrijke aspecten benadrukt. Ten eerste duidt de naam op de Europese reikwijdte van het Comité. Ten tweede dekt hij niet alleen "foltering", maar ook een hele reeks situaties die zouden kunnen worden omschreven als vormen van "onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing". De CPT is een uitvloeisel van het "European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment" van de Raad van Europa, dat in 1989 in werking trad. Uitgangspunt van het Comité is Artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens dat stelt dat "Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen".

### 3.3 Informatieoverdracht in de praktijk

#### 3.3.1 Algemeen

In een penitentiaire inrichting is de medische dienst verantwoordelijk voor alle medische zorg aan de gedetineerden. De medische dienst ziet nieuwe gedetineerden in principe binnen 24 uur en gaat na wat hun (medische) achtergrond is. Verder houdt de dienst onder meer spreekuren voor de gedetineerden waar zij met hun klachten en vragen op medisch gebied terecht kunnen en beheert de dienst het medische dossier en de medicatie.

#### **MicroHIS, Duwar en probleemlijsten**

*Medische informatie van gedetineerden kan worden teruggevonden en/ of vastgelegd in twee geautomatiseerde systemen.*

*MicroHIS is het huisartsendossier voor penitentiaire inrichtingen. De justitieel geneeskundige (de huisarts) en de justitieel verpleegkundige kunnen in dit systeem informatie registreren. Huisartsen worden geacht per patiënt een overzicht te hebben over alle voor die patiënt relevante aandoeningen, bij voorkeur in de vorm van een probleemlijst. Een aandoening hoort thuis op de probleemlijst indien de patiënt langer dan zes maanden aan deze aandoening lijdt; er geen volledig herstel wordt verwacht; en deze van blijvend belang is voor de gezondheidstoestand van de patiënt. Een probleemlijst bevat hiermee relevante informatie uit de medische voorgeschiedenis van iemand. Het consequent bijhouden van een probleemlijst vergt een grote discipline van de huisartsen en probleemlijsten zijn daardoor niet altijd volledig. MicroHIS is toegankelijk (per autorisatie) voor psychiaters, maar niet voor psychologen. Psychologen hebben hun eigen elektronisch dossier (te weten ISP).*

*Duwar is de archief functie van MicroHIS. Hierin worden specialistenbrieven gescand, labuitslagen en het medisch (MicroHIS) dossier van eventueel eerder verblijf in justitiële inrichtingen. Bij overplaatsing van de ene inrichting naar de andere wordt MicroHIS afgesloten in de verwijzende inrichting en geopend in de nieuwe inrichting. Hierbij geldt dat Duwar voor de nieuwe inrichting technisch gezien pas na een dag kan worden geopend door de ontvangende inrichting. Om die reden moet door de verwijzende inrichting altijd een medische overdracht en/of een uitdraai van het MicroHIS-dossier meegegeven worden. Een dienstdoende arts heeft soms wel, soms geen toegang tot MicroHIS, afhankelijk van de lokale afspraken.*

De IGZ heeft in de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de medische zorg in penitentiaire inrichtingen. In juni 2009 concludeerde de IGZ dat de medische diensten van de penitentiaire inrichtingen in de afgelopen jaren een duidelijke kwaliteits-slag hebben gemaakt. Toch stelde de IGZ nog een aantal risico's vast. Dit betreft onder andere de zorg gedurende de avond, nacht en weekend (ANW), de beschikbaarheid van curatief bekwame artsen en de compleetheid en beschikbaarheid van de medische dossiers.

Tevens bleek dat de probleellijsten in het automatiseringssysteem MicroHIS onvoldoende ingevuld werden en dat het voorschrijven van medicatie nog te vaak niet elektronisch ging waardoor er risico was op fouten, missen van interactie en contra-indicatie. De IGZ heeft naar aanleiding van het onderzoek een aantal aanbevelingen gedaan onder andere over het verbeteren van de ANW zorg, het nadenken over een stabielere oplossing bij uitval van verpleegkundigenzorg door (langdurig) verlof of vacatures, de overdracht van de probleellijsten en medische historie van gedetineerden en het bijhouden van een actuele probleellijst voor alle gedetineerden in het informatiesysteem MicroHIS. Als vervolg op dit onderzoek uit 2009, heeft de IGZ in 2011 acht penitentiaire instellingen bezocht en individuele maatregelen aanbevolen. Wat opvalt, is dat in geen van de acht instellingen de medische zorg helemaal op orde is. De ANW zorg is niet overal goed geregeld, er is vaak een tekort aan verpleegkundigen en psychologische zorg, registratie in MicroHIS blijft een aandachtspunt en de zorg continuïteit voor en met name na detentie is niet overal op orde en vergt blijvende aandacht.

Tijdens het onderzoek van de Nationale ombudsman bleek uit de tien dossiers en de gesprekken met medewerkers van de penitentiaire inrichtingen dat de knelpunten die de IGZ in het rapport van 2009 constateerde, nog steeds een rol spelen.

### **3.3.2 Informatieoverdracht bij binnenkomst**

Als gedetineerden binnenkomen bij een penitentiaire inrichting, moeten de medische toestand en mogelijke risico's zo snel mogelijk in kaart worden gebracht zodat de gedetineerde de juiste zorg krijgt. Gedetineerden die geplaatst worden in een PI, komen vaak uit een andere PI of een politiecel. Ook daar is meestal hun medische toestand in kaart gebracht. Uit gesprekken en de dossiers van de tien overlijdensgevallen kwamen twee aspecten rond de informatieoverdracht bij binnenkomst naar voren:

- de lengte van de periode tussen binnenkomst in de PI en het moment waarop een medisch onderzoek plaatsvindt door de 'ontvangende' inrichting;
- de overdracht van medische informatie tussen de 'zendende' inrichting en de 'ontvangende' inrichting.

Die aspecten zijn in de gevoerde gesprekken ook aan de orde geweest. Hieronder wordt op beide aspecten ingegaan.

#### **Moment van medische intake**

Een nieuw ingekomen gedetineerde moet binnen 24 uur zijn gezien door iemand van de medische dienst. Alle gesprekspartners zijn het hier ook over eens. Met name in het weekend is dat moeilijk te organiseren, verschillende inrichtingen geven aan dat het dan niet lukt om 24-uursnorm te halen. De medische dienst werkt feitelijk op kantooruren en niet in het weekend. Als gedetineerden worden 'verplaatst' op vrijdagen of aan de vooravond van een feestdag, komt het regelmatig voor, en vooral bij inrichtingen in de uithoeken van het land, dat de gedetineerden dan aan het eind van de dag arriveren. De medische dienst is dan al naar huis.



*“De gezondheidszorg in de PI is maandag tot vrijdag-zorg. De ziekte is er natuurlijk ook in het weekend. Als je de vergelijking maakt met vrij rondlopende mensen, zit het verschil er natuurlijk in dat de gedetineerde niet zelf een paracetamol kan pakken. Hij moet dat bij de PIW-er vragen. Hij is afhankelijk van de beslissing of het nodig is, en dat geldt ook bij de beslissing om een dokter te raadplegen. Bovendien is er met deze werkwijze ook altijd sprake van een tijd-delay. De intake in het weekend is ook een discussiepunt. Er is nu een evaluatie van de vrijdagavonddienst: omdat de verpleegkundige in huis is, wordt die ook gebeld bij medische kwesties, terwijl de avonddienst is bedoeld voor de intake.” (Citaat uit verslag hoofd medische dienst)*

Inmiddels hebben de penitentiaire inrichtingen waar we op bezoek geweest zijn, zelf geprobeerd daar oplossingen voor te vinden. Zo is er bij de ene inrichting op vrijdagavond nog een verpleegkundige aanwezig om intakes te doen en bij een andere op zaterdagochtend. Maar ook hiervoor geldt, in weerwil van de aanbevelingen van de IGZ uit 2009, dat er geen landelijk, algemeen geldend beleid is gemaakt. In de gesprekken bij enkele penitentiaire inrichtingen is het signaal gegeven dat hier wel behoefte aan is. Het opvragen van informatie over een gedetineerde is in het weekend ook erg lastig als het al mogelijk is. In de gesprekken met het hoofd van de medische dienst werd aangegeven dat een gedetineerde extra in de gaten wordt gehouden of in een observatiecel wordt geplaatst als men bij binnenkomst niet zeker is van zijn medische toestand. Dan gaat de veiligheid van de gedetineerde voor, ook al heeft dat soms verstrekken gevolgen voor zijn privacy (bij plaatsing in een observatiecel). In alle gesprekken hebben gesprekspartners aangegeven dat een medische intake moet plaatsvinden binnen 24 uur, die norm staat niet ter discussie. In de praktijk is dat zo vormgegeven dat alle gedetineerden in principe binnen 24 uur gezien worden door een justitieel verpleegkundige. Er is niet altijd een arts aanwezig die binnen 24 uur die intake beoordeelt, met name niet in het weekend. Wel is er altijd een arts op oproepbasis beschikbaar.

In één van de calamiteitenrapportages werd gemeld dat de gedetineerde, die op vrijdagmiddag binnenkwam, pas op maandagochtend is gezien. In een ander dossier kwam de gedetineerde binnen op vrijdagmiddag maar is het onduidelijk of hij toen door een verpleegkundige is gezien. Zijn gegevens zijn echter pas de maandag daarop ingevuld in MicroHIS. Weer een andere gedetineerde heeft op de dag van binnenkomst (dinsdag) geen medische intake gehad omdat er informatie bekend was van een eerder verblijf in een PI. Hij is op de dag van binnenkomst wel bezocht door een psychiater. In een vierde dossier wordt door de calamiteitencommissie opgemerkt dat de gedetineerde niet binnen 24 uur door een arts was gezien terwijl dat, gelet op zijn aandoening, wel zou moeten. In vijf dossiers wordt uit de beschikbare stukken niet duidelijk of er binnen 24 uur een medische intake heeft plaatsgevonden<sup>26</sup>. In het tiende dossier is de gedetineerde die op maandag binnenkwam in ieder geval op dinsdag gezien door de medische dienst.

<sup>26</sup> De Nationale ombudsman heeft niet de beschikking over de medische dossiers. Informatie daaruit is dus niet betrokken in de bevindingen.

Uit de calamiteitenonderzoeken blijkt dus dat het zeker niet in alle gevallen lukt om binnen vierentwintig uur een medische intake te doen.

### **Overdracht van medische informatie tussen ‘zendende’ en ‘ontvangende’ inrichting**

In alle gesprekken bleek dat de ontvangende inrichting niet vanzelf meteen bij binnenkomst van gedetineerde de beschikking had over medische informatie van de gedetineerde.

De lastigste situatie ontstaat als een gedetineerde uit een politiecel komt. Dan is er geen sprake van een beschikbaar medisch dossier. Toch kan er dan wel relevante informatie bekend zijn. Zo kan een arrestant gezien zijn door een GGD-arts. Informatie uit de arrestantenverblijven wordt echter niet systematisch vastgelegd en doorgegeven aan de PI. Sommige medische diensten bellen met de arrestantenverblijven zodra zij weten dat er een gedetineerde daarvandaan naar hun PI komt. Zij spreken dan met een arrestantenbewaarder die vertelt wat hij weet over de arrestant. Het komt voor dat er door een arts wat informatie beknopt op een briefje is gezet.

*“Gedetineerden komen vaak laat op de dag binnen als de verpleegkundige al naar huis is. Dat kan wel een probleem zijn. Als het medicijngebruik van de gedetineerde bekend is, kan met de arts van de PI overlegd worden of we dit kunnen voortzetten. Het komt echter ook voor dat bij het inwinnen van informatie wordt gezegd dat iemand geen medicijnen gebruikt maar dan toch met een grote tas vol pillen aankomt. Als mensen van een politiebureau komen is er vaak weinig over hen bekend, soms zitten ze pas heel kort vast. Komen ze van grotere bureaus uit het westen dan is er soms al wat informatie, van een (klein) regiobureau soms heel weinig. Wel is het zo dat de politie geen medische achtergrond heeft, dus als zij medische informatie doorgeven kun je daar niet altijd blind op varen.” (Citaat uit verslag hoofd medische dienst)*

Als een gedetineerde uit een andere PI komt, hoort deze instelling ervoor te zorgen dat de informatie over de gedetineerde bij de nieuwe PI bekend is. Het digitale dossier kan in de nieuwe PI niet onmiddellijk geopend worden. Daarom verwachten de hoofden van de medische dienst van de PI's die wij bezochten dat de PI waar de gedetineerde vandaan komt de informatie beknopt schriftelijk (via de fax bijvoorbeeld) of telefonisch doorgeeft. Als dat niet gebeurt, ontstaat er een tijdelijk informatie vacuüm. Sommige medische diensten gaan dan bellen om navraag te doen over medicatie en eventuele bijzonderheden.

Het bijhouden van MicroHIS en Duwar en het opnemen van informatie daarin blijkt niet in alle gevallen goed te gaan. Het systeem Duwar moet eerst administratief worden afgesloten door de te verlaten PI. Daar gaan vaak een paar dagen overheen. Ook komt het voor dat men vergeet Duwar af te sluiten.

Het gevolg van dit alles is dat de medische informatie bij binnenkomst van de gedetineerde niet altijd compleet is en dat kan risico's met zich meebrengen.

In het onderzoek van 2009 doet de IGZ op dit punt de aanbeveling dat vanaf 1 juli 2009 voor alle gedetineerden een actuele probleemlijst in MicroHIS moet staan en dat ook alle medicatievoorschriften via MicroHIS moeten worden uitgeschreven.

In drie van de tien dossiers wordt in de calamiteitenrapportage expliciet aandacht besteed aan de overdracht van medische informatie. In één van die dossiers heeft de PI waar de gedetineerde eerst verbleef, het medisch dossier gefaxt aan de ontvangende PI. De calamiteitenrapportage meldt dat deze stukken niet in het dossier van de betreffende gedetineerde terug te vinden zijn en het is onduidelijk wat er met de informatie is gebeurd. In één van de andere zeven dossiers bleek dat de gedetineerde bij binnenkomst ten onrechte niet is aange-merkt als iemand met een verhoogd cardiovasculair risico.

Uit de gesprekken en de tien casus blijkt dat de informatieoverdracht bij binnenkomst nog niet afdoende georganiseerd is en uitgevoerd wordt.

### **3.3.3 Informatieoverdracht intern**

De onderlinge informatieoverdracht vindt op verschillende manieren plaats en varieert per penitentiaire inrichting. In het algemeen komt het erop neer dat er wekelijks of twee-wekelijks een MDO (multidisciplinair overleg) is waarin de gedetineerden per afdeling worden besproken. Daarnaast vindt er wekelijks een psychomedisch overleg (PMO) plaats. In dat overleg bespreken de medische disciplines, waaronder de arts, de verpleegkundige, de psycholoog, eventueel de psychiater en de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige de gedetineerden die (medische) zorg behoeven. In dat overleg komen, via de verpleegkundige, ook de signalen van de penitentiair inrichtingswerkers aan de orde. Als er bijzonderheden over een gedetineerde worden geconstateerd waardoor deze bepaalde aandacht nodig heeft, wordt dat in sommige PI's op de nachtstaat genoteerd. Dat kan zowel gaan om psychische als somatische risico's. Een paar keer per week is er ochtendrapport waarin de situatie en eventuele bijzonderheden van de gedetineerden wordt besproken en of hij op de nachtstaat moet (blijven). In alle gesprekken bleek hoe belangrijk het is dat de mensen die dagelijks met de gedetineerde werken, zoals de penitentiaire inrichtingswerkers op een verblijfsafdeling, tijdig en goed op de hoogte zijn. Het is belangrijk dat zij alert kunnen reageren op signalen vanwege de medische toestand van een gedetineerde. In overleg met de gedetineerde wordt alle medische informatie die relevant is, doorgegeven aan de afdeling waar de gedetineerde verblijft. Andersom geldt, dat deze groeps werkers en anderen die contact hebben met een gedetineerde, hun signalen of zorgen over de toestand van een gedetineerde, kunnen doorgeven aan de medische dienst.

*Hebben PIW-ers informatie over de bijzondere aandachtspunten van gedetineerden?*

*Ja, ze weten wel wat voor vlees ze in de kuip hebben. Bijvoorbeeld dat iemand hartpatiënt is, of wat er moet gebeuren bij iemand die soms een epilepsieaanval krijgt. Soms gaat dat wel erg ver, dan wordt er van een PIW-er verwacht dat hij bijvoorbeeld rectaal medicijnen gaat toedienen. De PIW-ers krijgen hiervoor wel de benodigde informatie van de medische dienst. (Citaat uit verslag hoofd PIW)*

Signalen die de geestelijke verzorging krijgt, worden verschillend doorgegeven. De vertrouwensband tussen de geestelijk verzorger en de gedetineerde is erg zwaarwegend en dat kan een reden zijn om niets door te geven. Maar het gebeurt ook dat de PIW-er wordt gevraagd om een oogje in het zeil te houden, of de psycholoog wordt op een gedetineerde geattendeerd. Een enkele keer komt het voor dat geestelijk verzorgers deelnemen aan een overleg waarin de (medische) situatie van gedetineerden wordt doorgesproken.

In zes dossiers bleek uit het calamiteitenonderzoek dat er onvolkomenheden waren in de interne informatieoverdracht. Zo bleek in een geval na het overlijden (suïcide) dat er wel informatie was over de psychische achtergrond en suïcidale uitingen van de gedetineerde, maar dat de psycholoog daarvan niet op de hoogte was. In het dossier waarin de gefaxte medische informatie niet in het dossier terecht was gekomen, bleek dat er geen aantekeningen in MicroHIS waren gemaakt. In het derde dossier was de medische verslaglegging niet volledig, was de probleemlijst niet actueel en ontbrak op de rapportages een paraaf van de arts of verpleegkundige. In het vierde geval was er weliswaar beleid ingezet omdat de gedetineerde een verhoogd risico liep maar de calamiteitencommissie concludeerde dat de interne communicatie daarover tussen de arts en de verpleegkundige niet goed verliep en dat er onvoldoende gebruik was gemaakt van de gegevens in het dossier. Het vijfde dossier betrof de gedetineerde die ten onrechte niet was aangemerkt als iemand met een verhoogd risico terwijl dit uit de medische historie in Duwar wel was op te maken. Voorts was er geen eenduidige manier van rapporteren en was niet alles terug te vinden in het dossier. In het zesde dossier concludeerde de calamiteitencommissie op basis van het medisch dossier, dat de medische verantwoordelijkheden niet liggen bij degenen waar ze thuishoren. Over de betreffende gedetineerde had op de dag van binnenkomst overleg moeten plaatsvinden met de arts over een plan van aanpak, maar dat was niet gebeurd.

### **3.4 Conclusies**

Het respecteren van de grondrechten –met name het recht op gezondheid– en het vereiste van bijzondere zorg scheppen verplichtingen voor de overheid. Om aan die verplichtingen te voldoen is het noodzakelijk dat de overheid weet welke (medische) zorg een gedetineerde nodig heeft en dat de overheid zich inspant om die benodigde zorg zo goed mogelijk te verlenen.

De Nationale ombudsman constateert:

- er zijn geen eenduidige afspraken over de medische intake binnen 24 uur buiten kantooruren;
- de informatieoverdracht bij binnenkomst laat te wensen over;
- er bestaan in de onderlinge informatieoverdracht binnen de PI problemen.

Het baart de Nationale ombudsman zorgen dat uit zijn onderzoek naar voren komt dat het regelmatig mis gaat op het gebied van de (medische) informatieoverdracht, ondanks het feit dat de IGZ in 2009 dit gesignaleerd heeft. De gedetineerde is op de overheid aangewezen om ervoor te zorgen dat zijn medische dossier volledig is en beschikbaar voor de zorgverleners. Alleen dan kan hij rekenen op adequate zorg.

In de rapportages over de overlijdensgevallen waarin sprake was van gebreken in de informatieoverdracht, concludeerde de onderzoekscommissie dat er geen verband bestond tussen de verleende zorg en het overlijden. Dit neemt niet weg dat er in meerdere dossiers uit het calamiteitenonderzoek bleek dat medische informatie niet altijd volledig en bekend was. Dit kan gevolgen hebben voor het verlenen van adequate zorg.



## Bijlagen

### Bijlage 1: onderzoeksanpak

In ons onderzoek richten we ons op de praktijk rondom een overlijden in detentie. Hieronder volgt een korte beschrijving van de manier waarop het onderzoek hebben aangepakt.

#### ***Alleen penitentiaire inrichtingen***

We hebben een inperking gemaakt in het type inrichting waar zich de overlijdens hebben voorgedaan die we in het onderzoek nader bestuderen. We hebben ons gericht op overlijdens in justitiële inrichtingen, niet op overlijdens in politiecellen of andere gesloten of open inrichtingen waar de overheid verantwoordelijk is voor de zorg aan de mensen die daar verblijven. Boven-dien hebben we ons beperkt tot één detentieregime. Nederland kent vier typen justitiële inrichtingen: penitentiaire inrichtingen (volwassenendetentie), justitiële jeugdinrichtingen (jongerendetentie), forensisch psychiatrische centra (forensische zorg voor patiënten) en detentie- en uitzetcentra voor vreemdelingen (vreemdelingendetentie). In dit onderzoek hebben we, om praktische redenen, alleen naar overlijdens in penitentiaire inrichtingen gekeken.

#### ***Dossieronderzoek: tien gevallen van overlijden in detentie***

We hebben van de meest recente gevallen van overlijden in penitentiaire inrichtingen tien dossiers opgevraagd bij DJI en de IGZ. Deze dossiers zijn aan de hand van de volgende criteria geselecteerd:

- vijf gevallen van 'suicide' en vijf gevallen van overlijden door een andere doodsoorzaak;
- de behandeling van de dossiers is al afgerond door DJI;
- de dossiers zijn bekend bij zowel DJI als de IGZ.

Van deze overlijdens hebben we van zowel DJI als IGZ de dossiers ontvangen. Informatie die onder het medisch geheim valt, is door de IGZ uit de dossiers verwijderd.

Niet alle dossiers waren afgerond door de IGZ. Vier van de tien meldingen stonden open bij de start van het onderzoek van de Nationale ombudsman, en waren ook nog niet gesloten toen wij ons onderzoek afronden. Deze vier dossiers hebben we wel betrokken bij de analyse van het calamiteitenonderzoek. In één van de geselecteerde tien dossiers bleek ook het strafrechtelijk onderzoek nog niet afgerond. Dat dossier hebben we buiten beschouwing gelaten bij onze analyse van het strafrechtelijk onderzoek na een overlijden in detentie. We hebben dit dossier wel meegenomen in onze analyse van het calamiteitenonderzoek en van de medische informatieoverdracht.

#### ***Gesprekken met medewerkers van penitentiaire inrichtingen***

We hebben gesprekken gevoerd met medewerkers van vier penitentiaire inrichtingen. Het gaat om vier penitentiaire inrichtingen waar zich een recent geval van overlijden heeft voorgedaan.

We hebben de keuze voor deze inrichtingen als volgt gemaakt:

- in de inrichting heeft zich één van de tien overlijdens voorgedaan die we in het dossieronderzoek hebben betrokken;
- in de vier inrichtingen samen hebben zich (minimaal) twee gevallen van suïcide en (minimaal) twee gevallen van overlijden door een andere doodsoorzaak voorgedaan;
- elk van de vier inrichtingen is van een ander type: een huis van bewaring, een zeer beperkt beveiligde inrichting, een inrichting voor psychisch zieke gedetineerden en een reguliere penitentiaire inrichting.

Op basis van deze criteria kwamen we tot de keuze van de volgende inrichtingen: PI Grave, PI Roermond, PI Vught en PI Ter Apel. In één van deze inrichtingen bleken zich recent twee gevallen van overlijden te hebben voorgedaan, zodat deze selectie van PI's betekende dat we de PI's hebben bezocht van vijf van de tien gevallen van overlijden uit het dossieronderzoek. De bezoeken vonden plaats in november en december 2011.

In elke inrichting hebben we gesproken met de volgende medewerkers:

- de vestigingsdirecteur;
- het hoofd Medische Dienst;
- een geestelijk verzorger;
- een afdelingshoofd of teamleider van de PIW-ers.

Het doel van de gesprekken was om een goed beeld te krijgen van zowel de uitvoeringspraktijk rondom overlijden in detentie als van de mogelijke knelpunten die zich daarbij voordoen. Het recente geval van overlijden in de inrichting hebben we in die gesprekken gebruikt als een concreet voorbeeld van de uitvoeringspraktijk en handvat om concrete dilemma's in die praktijk te bespreken. De gesprekken hadden niet tot doel om het handelen in dat concrete geval te beoordelen. In de gesprekken stonden vier thema's centraal: de zorg aan gedetineerden, het onderzoek na het overlijden van een gedetineerde, het contact met de nabestaanden en de manier waarop de inrichting van ervaringen leert.

### ***Cijfers over overlijden in detentie***

We hebben bij zowel DJI als de IGZ de bij hen gemelde gevallen van overlijden in detentie opgevraagd, voor de jaren 2009, 2010 en 2011. In deze overzichten is voor iedere melding de datum van overlijden en de geboortedatum van de overleden gedetineerde gespecificeerd, zodat we de door DJI verstrekte gegevens goed konden vergelijken met die van de IGZ. In het overzicht is voor ieder overlijden aangegeven om welke PI het gaat en om welk soort overlijden (suïcide of overlijden door een andere doodsoorzaak) het gaat.

### ***Gesprekken met DJI en de IGZ***

We hebben zowel met medewerkers van DJI als met medewerkers van de IGZ gesprekken gevoerd. Het doel van deze gesprekken was om helder te krijgen wat beide instanties zien als hun taak, rol en missie als het gaat om zorg aan gedetineerden, het onderzoeken van gevallen van overlijden in detentie, de positie van de nabestaanden en leren van ervaringen.



## Bijlage 2: format rapportage calamiteit aan de IGZ (niet suicide)

Richtlijn rapportage voor het melden van een calamiteit door de directie van een PI aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg

1. Datum calamiteit
2. Meldingsnummer (zie: ontvangstbevestiging melding bij de IGZ)
3. Naam en functie betrokken leden calamiteitencommissie
4. Naam, BIG nummer, functie en rol betrokken zorgverleners
5. Namen overige zorgaanbieders betrokken bij calamiteit (eigen huisarts, apotheek, ambulancedienst, ziekenhuis, enzovoorts)
6. Patiëntgegevens (initialen, geboortedatum en geslacht)
7. Voorgeschiedenis en medicatiegebruik patiënt
8. Afgifte verklaring (on-)natuurlijke dood (indien: overlijden)
9. Eventuele betrokkenheid gemeentelijk lijkschouwer, politie of Openbaar Ministerie
10. Eventuele klacht bij de klachtencommissie of tuchtcollege
11. Werkwijze calamiteitenonderzoek (gegevensverzameling, gesprekken enzovoorts)
12. Beschrijving volgende feiten:
  - tijdsverloop contacten met zorgaanbieders, PIW, verpleegkundigen, justitieel arts, waarnemend (huisarts);
  - inhoud contacten met zorgaanbieders;
  - verslaglegging HIS meesturen;
  - analyse van basisoorzaken volgens een deugdelijke onderzoeksmethode, (zoals PRISMA, SIRE) waarbij in ieder geval de volgende vragen worden beantwoord.
    - Hoe heeft de triage plaats gevonden en wat was de kwaliteit hiervan?
    - Is de toe geleiding van de verpleegkundige protocollair geweest en was deze correct?
    - Op welke wijze heeft de diagnostiek en het beleid plaatsgevonden en was dit adequaat?
    - Hoe was de kwaliteit van de verslaglegging?
    - Wat waren de bevoegdheid, bekwaamheid en ervaring van betrokkenen?
    - Volgens welke professionele normen en protocollen is door de verschillende zorgverleners gewerkt?
    - Is er afgeweken van professionele normen en protocollen en wat was de eventuele motivatie om af te wijken?
    - Hoe is de interne communicatie verlopen?
    - Hoe is de communicatie richting de zorgvrager en/of familie verlopen?
    - Hoe is de onderlinge afstemming met andere zorgaanbieders verlopen?
    - Was er sprake van organisatorische tekortkomingen en zo ja, welke?
    - Welke rol hebben farmacotherapeutische aspecten gespeeld?
    - Welke herstelacties waren mogelijk?
    - Zijn herstelacties geëffectueerd? Zo nee, waarom niet?
    - Welke basisoorzaken lagen ten grondslag aan deze calamiteit?

13. Welke conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van de vermijdbaarheid van de calamiteit?
14. SMART geformuleerde aanbevelingen voor actiepunten en verbeteracties ten aanzien van de organisatie en/of de individuele hulpverleners, aansluitend bij de basisoorzaken uit de analyse
15. Neemt de directie de aanbevelingen over en op welke wijze worden de eventuele maatregelen geïmplementeerd?
16. Wat is aan nazorg gedaan en hoe wordt patiënt en/of familie geïnformeerd over het calamiteitenonderzoek?

### **Bijlage 3: format rapportage calamiteit aan de IGZ (suicide)**

De rapportage die naar de inspectie wordt gestuurd, bevat de bevindingen van het (interne of externe) onderzoek, de conclusies en aanbevelingen, alsmede de te treffen of reeds getroffen maatregelen.

Deze rapportage wordt opgesteld op basis van het onderstaande format.<sup>27</sup>

1. Gegevens over de patiënt: initialen, geboortedatum, geslacht, juridische status, vrijheid beperkende maatregelen (ook als de patiënt de maatregel vrijwillig onderging)
2. Gegevens over suicide(poging): datum, tijdstip, plaats, toedracht
3. Wijze waarop de suicide(poging) is onderzocht en door wie
4. Aansluiting zorg/behandeling bij hulpvraag vanaf 2 maanden voorafgaand aan de suicide(poging)
5. Inschatting risico op suicide bij aanmelding van patiënt, eerdere incidenten, suicidepogingen e.d.
6. Frequentie screening en/of risicotaxatie tijdens behandeling, de wijze waarop (welke methode, checklist bijvoorbeeld) en het resultaat ervan
7. Hoe was het toezicht op de patiënt geregeld?
8. Was er een passend crisispreventie-actieplan/signaleringsplan?
9. Op welke wijze zijn behandelrichtlijnen gevolgd?
10. Op welke wijze is (suicide-)preventiebeleid gevolgd? Belicht de aspecten zoals genoemd in de multidisciplinaire richtlijn voor suicide preventie.
11. Hoe is netwerk/familie betrokken bij behandelbeleid en preventie van suicide?
12. Vond informatie-uitwisseling met netwerk/familie voldoende en tijdig plaats?
13. Hoe was ketenzorg (indien van toepassing) geregeld?
14. Hoe was de overdracht tussen hulpverleners onderling georganiseerd?
15. Actiepunten/verbeterpunten/conclusie uit evaluatie door behandelteam
16. Factoren binnen of buiten het team die mogelijk van invloed zijn geweest op het ontstaan van de calamiteit (suicide of suicidepoging)
17. Aangetroffen bijzonderheden/onregelmatigheden/nalatigheden door onderzoeker(s)

#### **Conclusie en maatregelen**

1. Welke conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van de vermijdbaarheid van de calamiteit?
2. Welke SMART geformuleerde maatregelen zijn er getroffen ten aanzien van de organisatie en/of de individuele hulpverleners, aansluitend bij de basisoorzaken uit de analyse?

<sup>27</sup> <http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/incidententoezicht/melden/zorgaanbieder/index.aspx, geraadpleegd op 26 januari 2012>

#### **Bijlage 4: lijst met afkortingen**

<b>ANW</b>	Avond nacht weekend
<b>BIG-register</b>	Register in de zin van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
<b>DJI</b>	Dienst Justitiële Inrichtingen
<b>EHRM</b>	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
<b>EVRM</b>	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
<b>IGZ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg
<b>PI</b>	Penitentiaire Inrichting
<b>PIW-er</b>	Penitentiaire inrichtingswerker

## Bijlage 5: verschillen tussen cijfers DJI en de IGZ toegelicht

### *Verschillen tussen aantallen overlijdens in detentie gemeld bij DJI en de IGZ toegelicht*

*Uit tabel 1 kan dus worden afgeleid dat in het algemeen minder overlijdens in detentie gemeld worden bij de IGZ dan bij DJI. We zijn nagegaan wat de achtergrond van deze verschillen zijn.*

- In drie gevallen (2009: 1, 2010: 2) heeft DJI de doodsoorzaak geregistreerd als '(on) natuurlijk overlijden', en de IGZ als 'suicide'.<sup>28</sup>
- In 2009 zijn er bij DJI in totaal 5 overlijdens in detentie meer gemeld dan bij de IGZ. Het gaat om 4 gevallen van overlijden met een (on-)natuurlijke doodsoorzaak en 1 suicide die wel bij DJI gemeld zijn en niet bij de IGZ. Twee van deze overlijdens hadden plaats buiten de PI (in een burgerziekenhuis en in een extramurale instelling (de suicide)), één in een penitentiair ziekenhuis en twee in een cel in de PI.
- In 2010 zijn er bij DJI in totaal 2 overlijdens in detentie meer gemeld dan bij de IGZ. Meer precies zijn er bij de IGZ 3 suicides meer gemeld, en 5 'andere' overlijdens minder. Twee suicide-gevallen bij de IGZ blijken door DJI geregistreerd te zijn als '(on-) natuurlijk overlijden'. Daarnaast kent de IGZ een geval van suicide (in een PI) dat niet door DJI geregistreerd is. Drie gevallen van overlijden zijn wel bekend bij DJI en niet bij de IGZ. Het gaat volgens DJI om '(on-)natuurlijk overlijden', en in de drie gevallen allemaal buiten de muren van de PI: in een hospice, tijdens verlof of in een GGZ-instelling. In de laatste twee gevallen allebei vanwege een overdosis overigens.
- In 2011 zijn er bij DJI in totaal 4 overlijdens in detentie meer gemeld dan bij de IGZ. Eén geval van 'overlijden anders' is wel bekend bij de IGZ maar niet bij DJI. Twee gevallen van suicide (één tijdens de extramurale fase van ISD en één in de eigen woning met elektronisch toezicht) zijn niet bekend bij de IGZ maar wel bij DJI. Daarnaast zijn drie gevallen van '(on-)natuurlijk overlijden' die wel bekend zijn bij DJI maar niet bij de IGZ: één persoon die op strafrechtelijke titel in vreemdelingenbewaring zat, één in een verpleeghuis en één in een Forensisch Psychiatrische Afdeling.

<sup>28</sup> In reactie op de conceptversie van dit rapport heeft de IGZ laten weten dat de reden hiervan is, dat pas na het onderzoek naar deze drie meldingen is gebleken dat er sprake was van suicide.

## **Bijlage 6: bronnen van eisen EHRM aan onderzoek naar toedracht overlijden van persoon die van overheidswege is ingesloten**

### **Algemene bronnen:**

"Positive obligations under the European Convention on Human Rights", deel 7 uit de serie "Human rights handbooks" (uitgave van de Raad van Europa, 2007), met name hoofdstuk II en de daar genoemde arresten van het EHRM.

A.C. Hendriks en M.T. van Dijk: "Overlijden in detentie, speciale aandacht geboden", Sancties 2008, blz 70-93.

### **Specifieke arresten EHRM:**

- EHRM 7 febr 2006, Scavuzzo-Hager e.a. tegen Zwitserland, nr. 41773/9; EHRM 7 juni 2007 Murillo Espinosa tegen Spanje, nr 37938/03 (onderzoek ex officio);
- EHRM 21 december 2010, Jasinskis tegen Letland, nr 45744/08 (publiek vertrouwen);
- EHRM 7 oktober 2010, Karandja tegen Bulgarije, nr 69180/01 (nabestaanden);
- EHRM (Grote Kamer) 15 mei 2007, Ramsahai e.a., nr 52391/99 en Jasinskis (onafhankelijk onderzoek);
- EHRM 14 december 2010, Mizigárová tegen Slowakije, nr 74832/01; Murillo Espinosa (suicide of moord; autopsie).

**Bijlage 7: taken en bevoegdheden van de instellingen die betrokken zijn bij het ten uitvoer leggen van en toezicht houden op een vrijheidsbenemende straf.**

In de reactie op het conceptrapport heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een beschrijving gegeven van de precieze verantwoordelijkheidsverdeling van de verschillende instellingen die betrokken zijn bij het onderwerp overlijden in detentie.

*“... Kort gezegd is de verdeling van taken en bevoegdheden als volgt: DJI is belast met de uitvoering van vrijheidstraffen. DJI delegeert de uitvoering aan de directeuren van penitentiaire inrichtingen (PI-en). Zowel DJI als de penitentiaire inrichtingen staan onder toezicht van de Inspectie Sanctie toepassing (ISt) en de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). Per PI is er een Raad van Toezicht. Tot slot houdt de IGZ toezicht op de medische zorg. De IGZ baseert dat toezicht op de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG...”*







Uitgave: Bureau Nationale ombudsman  
Foto omslag: Jacqueline de Haas, Hollandse Hoogte  
Opmaak: Vijfkeerblauw, Rijswijk  
Druk: Tuijtel, Hardinxveld-Giessendam

april 2012





de Nationale ombudsman  
Postbus 93122  
2509 AC Den Haag

Telefoon (070) 356 35 63  
Fax (070) 360 75 72  
[www.nationaleombudsman-nieuws.nl](http://www.nationaleombudsman-nieuws.nl)