

VU Research Portal

Te ziek voor reguliere detentie, te gewelddadig voor de GGZ

van Bekkum, A.H.; Kuin, N.C.; Meijers, Jesse; Harte, JM

published in

Sancties

2021

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

Article 25fa Dutch Copyright Act

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Bekkum, A. H., Kuin, N. C., Meijers, J., & Harte, JM. (2021). Te ziek voor reguliere detentie, te gewelddadig voor de GGZ: Zorg voor gedetineerden met psychiatrische problematiek in de Penitentiaire Psychiatrische Centra. *Sancties*, 2021(5), 340-351. [83]. <http://deeplinking.kluwer.nl/?param=00D6B6D3&cpid=WKNL-LTR-Nav2>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Te ziek voor reguliere detentie, te gewelddadig voor de GGZ

Zorg voor gedetineerden met psychiatrische problematiek in de Penitentiaire Psychiatrische Centra

Sancties 2021/83

1. Achtergrond

De hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen wereldwijd onder gedetineerdenpopulaties is een robuust gegeven.² Het aantal psychiatrische patiënten binnen het gevangeniswezen in Nederland is eveneens groot.³ Naar schatting kampt circa 60% van de totale Nederlandse gedetineerdenpopulatie met één of meerdere psychische aandoeningen.⁴ Deze groep is om diverse redenen als kwetsbaar te beschouwen. Allereerst zijn deze gedetineerden zelf kwetsbaar, omdat zij vaak moeite ervaren zich staande te houden binnen de reguliere penitentiaire regimes. Dit maakt hen bijvoorbeeld gevoelig voor uitbuiting door medegedetineerden of verergering van de psychopathologie. Maar de psychiatrische problematiek kan op zichzelf ook een groter risico op incidenten tijdens detentie met zich meebrengen.⁵ Ook is de kans op recidive na detentie voor deze groep vaak relatief groot, bijvoorbeeld omdat de psychiatrische problematiek een succesvolle re-integratie in de maatschappij ernstig kan belemmeren of omdat onbehandelde psychopathologie op zichzelf risicoverhogend werkt. Daarbij bestaat de indruk dat veel psychiatrische patiënten die in het gevangeniswezen belanden, getypeerd kunnen worden als zorgmijder en daardoor vaak onvoldoende profiteren van reguliere zorgmogelijkheden. De detentieperiode kan gezien worden als een moment bij uitstek om deze groep wel te bereiken. Dit alles onderstreept het belang van adequate signalering van en zorg voor psychiatrisch patiënten in het gevangeniswezen.⁶

Sinds 2009 is deze zorg geconcentreerd in de Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's).⁷ Daarmee zijn de PPC's relatief nieuwe en soms ook onbekende spelers in het veld van de forensische zorg.

1 A.H. (Anneke) van Bakkum, MSc, is Hoofd Behandeling en Coördinator van de Landelijke Databank bij Penitentiaire Inrichting Vught. Dr. N.C. (Niki) Kuin is Hoofd Behandeling en Klinisch Neuropsycholoog bij Penitentiaire Inrichting Vught. Dr. J. (Jesse) Meijers is Wetenschappelijk Medewerker en GZ-psycholoog bij Justitieel Complex Zaanstad en universitair docent aan de Universiteit Utrecht. Prof. dr. J.M. (Joke) Harte is hoogleraar Evaluatie Juridische Gedragsinterventies aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

2 S. Fazel & K. Seewald, 'Severe mental illness in 33588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis', *The British Journal of Psychiatry*, 2012/200, p. 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370.

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

4 Dienst Justitiële Inrichtingen. Infographic Gevangeniswezen 2021, www.dji.nl/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-gevangeniswezen-2021.

5 H. Nijman & M. Geurkink, 'Agressie van gedetineerden met psychiatrische stoornissen', *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2004/46(9), p. 601-610.

6 W. Roorda & W. Buysse, *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen: onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing*, WODC: Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2016.

7 Naar aanleiding van advies parlementaire onderzoekscommissie TBS, ook wel bekend als de commissie Visser. Commissie Visser; Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS, 'TBS, vandaag over gisteren en morgen', *Kamerstukken II* 2005/06, 30 250, nrs. 4-6.

Dit artikel geeft een nadere beschrijving van de PPC's en de indicatiestelling. Daarna wordt een beeld geschetst van de populatie gedetineerden. Voorts wordt ingegaan op de verleende zorg en op het belang van de PPC's. Deze beschrijvingen zijn grotendeels gebaseerd op beleidsdocumenten en wetenschappelijke literatuur. De populatie wordt beschreven aan de hand van empirische data.⁸

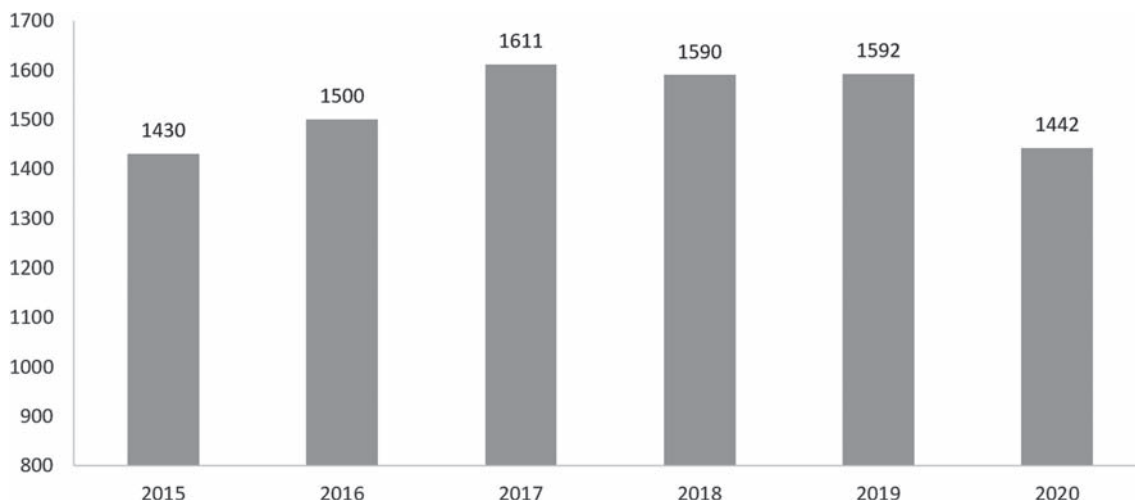
2. Het PPC

Een PPC kan getypeerd worden als een psychiatrisch ziekenhuis binnen een penitentiaire inrichting (met bestemming huis van bewaring of gevangenis), waar zorg wordt geboden, maar wel binnen de kaders en beveiligde omgeving van de penitentiaire setting. In het PPC worden gedetineerden geplaatst die zich als gevolg van zware psychiatrische problematiek niet staande kunnen houden in een regulier gevangenisregime en daardoor een gevaar kunnen vormen voor zichzelf of anderen.⁹ In de eerste jaren van het bestaan van de PPC's was het stabiliseren van de psychiatrische ontregeling het voornaamste doel van de behandeling. Tegenwoordig worden de PPC's geschaard onder de forensische zorg en daarmee is de zorg in de PPC's ook nadrukkelijk gericht op het in kaart brengen en verminderen van risicofactoren voor toekomstige recidive.¹⁰

Er zijn momenteel vier inrichtingen waarin een PPC gevestigd is: PI Haaglanden (156 plaatsen voor mannen), PI Vught (270 plaatsen voor mannen), PI Zaanstad (116 plaatsen voor mannen en 8 voor vrouwen) en PI Zwolle (111 plaatsen voor mannen en 36 voor vrouwen).¹¹ In totaal zijn dit 697 plaatsen (7,3% van de totale capaciteit van het gevangeniswezen), waarvan 221 zijn aangemerkt als (extra) crisisplaatsen.¹² Ieder PPC heeft een aantal verschillende afdelingen met een groepsgrootte variërend van zes tot meestal twaalf patiënten, hetgeen beduidend kleiner is dan de groepsgrootte in de meeste reguliere PI's. Het jaarlijks aantal landelijke opnames in de PPC's is weergegeven in Figuur 1.

-
- 8 In 2013 is de Landelijke Databank PPC's gestart (LDB). In het project de LDB wordt over elke patiënt die opgenomen is in een PPC op systematische wijze informatie vastgelegd. De cijfers die in dit artikel gepresenteerd worden, zijn, tenzij anders aangegeven, gegenereerd op basis van deze data uit de LDB. Deze informatie wordt verzameld voor managementdoeleinden en het verstrekken van prestatie-indicatoren aan het Ministerie van V&J. Voor het gebruiken van deze data voor wetenschappelijke studies is toestemming verkregen van het Ministerie van V&J en is positief geadviseerd door de commissie Ethiek Rechtswetenschappelijk Onderzoek en Criminologisch Onderzoek van de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Vrije Universiteit.
- 9 J. Wesseliuss, 'Het Penitentiair Psychiatrisch Centrum: een volwaardige psychiatrische kliniek in de gevangenis?', *Ontmoetingen, Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap*, 2012/17, p. 9-20.
- 10 Wet Forensische Zorg, Hoofdstuk 2: Doelstelling, reikwijdte en zorgcontinuïteit en algemene bepalingen, Artikel 2.1, eerste lid.
- 11 CTP Veldzicht heeft ook een aantal PPC-bedden voor vreemdelingen, deze zijn niet meegenomen in het onderhavige stuk.
- 12 In 2020 waren van de 9.600 plekken in de PI's er gemiddeld 8.575 bezet en kwamen 21.735 personen in detentie. In 2020 stroomde 6,6% van het totaal aantal nieuwe gedetineerden door naar een PPC. Dienst Justitiële Inrichtingen. Infographic Gevangeniswezen 2021, www.dji.nl/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-gevangeniswezen-2021.

Figuur 1. Aantal landelijke opnames in de PPC's, weergegeven per jaar tussen 2015 en 2020.



Een gedetineerde, in het PPC spreekt men van patiënt, kan via verschillende routes in het PPC worden opgenomen. Gedetineerden kunnen vanuit een reguliere penitentiaire inrichting in een PPC worden opgenomen op basis van een aanvraag door de gevangenispsycholoog uit die inrichting. Van de PPC-opnames wordt 59,1% vanuit het reguliere gevangeniswezen (of detentiecentrum) verwezen. Het is echter ook mogelijk om patiënten rechtstreeks vanuit de rechtbank of een politiebureau op het PPC te laten plaatsen op indicatie van een psychiater van het NIFP of de GGD/ GGZ of door de rechter-commissaris.¹³ Dit gebeurt in 29,5% van de gevallen. Tenslotte is plaatsing mogelijk vanuit een PPC uit een andere regio (5,9%) of de forensische geestelijke gezondheidszorg (GGZ; 1,5%).

Het is zeker niet zo dat iedere gedetineerde met psychiatrische problematiek wordt aangemeld voor plaatsing in een PPC. Indien een gedetineerde, ondanks de aanwezige psychiatrische problematiek, zich goed kan handhaven en zich begeleidbaar opstelt, kan deze ook binnen een regulier PI-regime verblijven. Ook daar kan een (minder intensief) zorg- en begeleidingsaanbod geboden worden, bijvoorbeeld op een Extra Zorg Voorziening (EZV). Daarnaast zijn er binnen het gevangeniswezen enkele specialistische afdelingen voor gedetineerden bij wie niet zozeer psychiatrische maar bijvoorbeeld ernstige gedragsproblematiek of een hogere beveiligingsnoodzaak op de voorgrond staat.¹⁴

Patiënten worden bij opname in eerste instantie aangemeld in het kader van behandeling en diagnostiek. Specifieke aanleidingen voor aanmelding in het PPC zijn agressie naar de omgeving (18,4%), agressie naar zichzelf (16,0%), regressief gedrag (3,6%) en het tonen van verward gedrag of het veroorzaken van overlast (33,4%). Voordat een gedetineerde in een PPC wordt opgenomen, wordt bekeken welke afdeling het beste aansluit. Dit is naast de behandelbehoefte afhankelijk van de zorgzwaarte. Het kan zijn dat de behandelbehoefte en hulpvraag tijdens het behandeltraject veranderen, waarna de gedetineerde naar een beter passende afdeling wordt overgeplaatst.¹⁵

Opnames in het PPC kunnen ieder moment van de week plaatsvinden, aangezien er 24 uur per dag zorgpersoneel beschikbaar is. In geval van een reguliere aanmelding worden patiënten binnen tien werkdagen opgenomen, bij een spoedaanmelding binnen vijf werkdagen, en bij een crisisaanmelding binnen 48 uur. Bij zeer ernstige crises gelden voor het PPC in principe

13 A. Visscher e.a., 'Bad or mad? Invloed van psychiatrische problematiek bij verdachten op strafrechtvervolgung', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2015/57, p. 480-487.

14 Denk aan: Beheersproblematiese Gedetineerden (BPG), Terroristen Afdeling (TA), Inrichting Stelselmatige Daders (ISD), Extra Beveiligde Inrichting (EBI).

15 Kwaliteitsstatuut PPC's (2021).

geen wachttijden: er kan dan gebruik gemaakt worden van een zogenoemde terstondplaatsing.¹⁶ Het streven is gedetineerden te plaatsen binnen de regio waar zij vandaan komen.

3. De PPC-populatie

Om optimale zorg te kunnen leveren, is het van belang een goed beeld te hebben van de problematiek van de gedetineerden in het PPC. Deze informatie wordt verzameld op basis van individuele diagnostiek, maar ook op geaggregeerd niveau ten behoeve van het project de Landelijke Databank. Voor deze databank worden sinds 2013 op meerdere momenten tijdens het verblijf gegevens verzameld en bijgehouden van alle patiënten die opgenomen zijn in een PPC. Bekeken over de periode van 27 mei 2013 tot en met 31 december 2020 zijn van 11.567 opnames data verzameld. Een deel van deze opnames betreft patiënten die meerdere keren in een PPC hebben verbleven. Als daarvoor gecorrigeerd wordt, dan resteert een database van in totaal 7.273 unieke patiënten. Er is voor dit artikel gekozen om patiënten die meerdere keren zijn opgenomen in het PPC, slechts één keer mee te nemen in de analyse. Dit om vertekening van resultaten te voorkomen. Het betreft hierbij de meest recente opname. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat er sprake is van een wisselende N, in verband met *missing data* in de database. Op basis van deze data kunnen we een overzicht schetsen van achtereenvolgens achtergrondkenmerken, justitiële gegevens en psychiatrische kenmerken van de patiëntenpopulatie.

3.1 Achtergrond van de patiënten

De PPC -populatie bestaat voornamelijk uit mannen (90,9%). Dit komt redelijk overeen met de totale gevangenispopulatie in Nederland, die voor 94% uit mannelijke gedetineerden bestaat.¹⁷ Er worden geen jeugdigen in het PPC geplaatst. De patiënten die in het PPC worden opgenomen, zijn bij (de meest recente) opname gemiddeld 37,0 jaar oud (n=7243, Sd=11,3). De range is groot: de leeftijd bij opname varieert van 18 tot en met 85 jaar. De herkomst van de PPC-patiënten is vergelijkbaar met de herkomstverdeling binnen de totale gevangenispopulatie in Nederland.¹⁸ Het opleidingsniveau van de PPC-patiënten is relatief laag. Een groot deel van hen rondde alleen het lager (37,9%) of middelbaar onderwijs (34,6%) af, terwijl slechts 16,3% van de PPC-patiënten een MBO-opleiding en 5,2% een HBO- of universitaire opleiding voltooide. Een deel van de patiënten (6,0%) doorliep minder dan het volledige lager onderwijs.¹⁹ Een groot deel van de PPC-patiënten had geen vaste woon- of verblijfplaats in de periode waarin het delict plaatsvond dat aanleiding gaf voor de detentie (32,0%). Anderen woonden voor detentie zelfstandig (49,7%) of in een begeleide woonvorm (8,9%). Opvallend is dat voor een deel van de PPC-populatie geldt dat hun delict werd gepleegd terwijl zij opgenomen waren in een reguliere GGZ-instelling (8,8%) en, voor een klein deel, tijdens detentie wegens een ander delict (0,5%). Het gaat dan bijvoorbeeld om geweld tegen hulpverleners of medepatiënten, of brandstichting in een instelling. Slechts 5,9% van de opgenomen patiënten heeft voorafgaand aan de PPC-opname nooit eerder contact gehad met een vorm van hulpverlening. Opvallend is dat maar liefst 35,2% van de patiënten ooit gedwongen opgenomen is geweest in de GGZ en dat 14,9% van de

16 Projectgroep Landelijke implementatie indicatiestelling PPC's, *Informatieset Indicatiestelling bij plaatsing van justitiabelen in een PPC*, Den Haag 2016.

17 Dienst Justitiële Inrichtingen. Infographic Gevangeniswezen 2020.

18 Gedetineerden; geslacht, leeftijd en herkomstverdeling – CBS statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82321ned&D1=a&D2=0&D3=0&D4=a&D5=a&VW=T.

19 In vergelijking: voor de Nederlandse bevolking geldt dat in 2019 meer dan 40% van de bevolking tussen de 25 en 64 jaar een HBO- of universitaire opleiding voltooide; De sociale staat van Nederland, digitaal.scp.nl/ssn2020/onderwijs/.

patiënten voorafgaand aan het PPC zelfs uitsluitend te maken heeft gehad met gedwongen vormen van hulpverlening. Bijna de helft (47,0%) van de PPC-patiënten heeft eerder in de voorgeschiedenis een strafrechtelijke maatregel ondergaan.²⁰

3.2 Justitiële gegevens

In het PPC verblijven zowel patiënten die onherroepelijk veroordeeld zijn (30,5%) als patiënten die alleen nog verdacht zijn van een misdrijf en in preventieve hechtenis zijn geplaatst (69,5%). Het relatief hoge percentage gedetineerden in voorarrest kan grote gevolgen hebben voor de planning van het verblijf en de behandeling van de patiënt binnen het PPC. Het kan immers voorkomen dat de preventieve hechtenis wordt opgeheven of (al dan niet onder voorwaarden) geschorst, waardoor de patiënt onmiddellijk in vrijheid wordt gesteld, soms nog voordat deze voldoende gestabiliseerd is of diens behandeling heeft afgerond. Bovendien wordt het regelen van nazorg door plotseling vertrek bemoeilijkt.

Slechts 12,8% van de patiënten (n=778 van 6.765 patiënten) is niet eerder veroordeeld en dus een zogeheten *first offender*. De meeste PPC-patiënten hebben daarentegen een aanzienlijk delictverleden. Zij startten vaak op jonge leeftijd met het plegen van delicten. De gemiddelde leeftijd ten tijde van het eerste delict is 21,8 jaar (n=5.537, Sd=8,98). Wanneer gekeken wordt naar het eerste geweldsdelict dan ligt de gemiddelde leeftijd ongeveer twee jaar hoger: 23,8 jaar (n=4.790, Sd=9,6). Bijna de helft van de PPC-patiënten (47,5%) heeft het eerste delict al voor het achttiende levensjaar gepleegd.

De ernst van de gepleegde delicten kan sterk variëren, van ordeverstoring tot ernstige gewelds- en zedenmisdrijven. Het onderscheid in het type delict wordt door de Landelijke Databank gescoord op basis van de BooG-delicternst (Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens).²¹ In Tabel 1 is te zien wat voor delicten de grondslag vormden voor de detentie waarbinnen de opname in het PPC plaatsvond (het indexdelict).²² Hieruit valt af te lezen dat 62,8% van de PPC-populatie in detentie verblijft op basis van (verdenking van) het plegen van een geweldsdelict, variërend van eenvoudige mishandeling tot één of meerdere levensdelicten.²³

In de twee rechter kolommen van Tabel 1 is te zien voor welk type delicten de patiënten in het verleden zijn veroordeeld. Veel patiënten zijn eerder veroordeeld voor een geweldsdelict, namelijk 66,6%.²⁴

Tabel 1: Frequenties en percentages van het type indexdelict en delicten in de voorgeschiedenis van de PPC-populatie (N totaal = 7.273) (o.b.v. BOOG-delicternst)

	Indexdelict		Delicten voorgeschiedenis	
	n	%	n	%
Niet van toepassing ^a	-	-	732	11,3%
1. Overtreding verkeer en ordeverstoring	320	4,5%	176	2,7%
2. Opiumwet	140	2,0%	37	0,6%
3. Vernieling goederen	147	2,1%	83	1,3%
4. Vermogen en profijt	1.234	17,3%	494	7,6%

20 TBS (5,2%), ISD (9,4%), artikelplaatsing (11,9%), OTS/PIJ (20,9%), overig volwassenen (8,2%), overig jeugd (24,2%).

21 W.F.J.M. van Kordelaar, *Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens (BooG) in het strafrecht voor volwassenen*, Deventer: Wolters Kluwer 2002.

22 Bij herhaaldelijke opnames in het PPC wordt het indexdelict van de dan lopende detentie aangehouden.

23 Wanneer zedendelicten en brandstichting ook als geweldsdelict meegeteld worden bedraagt dit 74,1%.

24 Inclusief brandstichting en zedenmisdrijven wordt dit 76,4%.

	Indexdelict		Delicten voorgeschiedenis	
5. Middelzwaar geweld en wapenbezit	1.918	27,0%	1.881	29,1%
6. Vermogen en geweld	651	9,1%	984	15,2%
7. Zwaar geweld	590	8,3%	804	12,4%
8. Zeden	266	3,7%	330	5,1%
9. Zeden jeugd	135	1,9%	91	1,4%
10. Doodslag	774	10,9%	488	7,5%
11. Brand	406	5,7%	211	3,3%
12. Leven extra	535	7,5%	157	2,4%
Subtotaal	7.116	100%	6.468	100%
<i>Ernst onbekend</i>	157		805	

NB: bij meerdere indexdelicten is de meest ernstige meegenomen in scoring.

^a Bij *first offenders* (n=732) was geen sprake van een voorgeschiedenis met eerdere veroordelingen.

Niet alleen pleegden de PPC-patiënten relatief ernstige delicten, ze hebben ook relatief vaak een uitgebreid strafblad. Zo werd 20,2% van hen minstens tien keer veroordeeld in de vijf jaar voorafgaand aan opname en 30,1% minstens drie keer in die periode. Hierbuiten had nog 36,5% van de patiënten twee veroordelingen in de afgelopen vijf jaar.

3.3 *Psychiatrische kenmerken van de patiëntenpopulatie*

Patiënten worden alleen opgenomen in een PPC als er aanwijzingen zijn voor psychiatrische problematiek en als zij daardoor meer zorg behoeven dan in een reguliere PI geboden kan worden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat vrijwel alle patiënten in het PPC worden gediagnosticeerd met een psychiatrische stoornis.²⁵ In een grote netwerkanalyse met een steekproef van 5.257 mannelijke PPC-patiënten vonden Van Buitenen e.a. dat bij 56,7% van de populatie een psychotische stoornis kon worden vastgesteld en bij 43,1% was er sprake van verslaving aan één of meerdere middelen.²⁶ Andere veelvoorkomende stoornissen waren persoonlijkheidsstoornissen (27,6%), ontwikkelingsstoornissen (zoals ADHD en autisme; 15,6%), stemmingsstoornissen (9,4%) en psychotrauma (zoals PTSS; 8,4%). Bij 56,9% van de PPC-populatie bleek bovendien sprake van co-morbiditeit, dat wil zeggen meer dan één psychiatrische stoornis. Bijna een derde (30%) werd gediagnosticeerd met twee stoornissen, 16,4% had drie diagnoses en 10,5% vier of meer (tot acht aan toe).

Naast het veelvuldig in combinatie voorkomen van bovengenoemde stoornissen, is er bij PPC-patiënten ook veelal sprake van een Licht Verstandelijke Beperking (LVB).²⁷ In een eerdere studie met 492 PPC-patiënten bleek na afname van een screeningsinstrument dat bij 60,3% sprake was van een geschat IQ lager dan 85.²⁸

25 Diagnose wordt gesteld op basis van dossier-informatie en klinische inschatting van gedragsdeskundigen. Verdiepend testpsychologisch onderzoek kan daar onderdeel van zijn.

26 N. van Buitenen e.a., 'The prevalence of mental disorders and patterns of comorbidity within a large sample of mentally ill prisoners: a network analysis'. *European Psychiatry*, 2020/63(1), e63, p. 1-12.

27 H.L. Kaal & K. Siewe, 'Je gaat het pas zien als je het doorhebt; Over de noodzaak van het herkennen van een lvb in detentie'. *Sancties*, 2021/82.

28 A.Y.M. van Esch, J. de Vries & E.D.M. Masthoff, 'Screening for intellectual disability in Dutch psychiatrically disturbed detainees: Assessing the psychometric properties of the Screener for Intelligence and Learning Disability (SCIL)'. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2020/33, p. 1418-1427.

Er zijn hiernaast aanwijzingen dat bij een relatief groot deel (55,6%) van de totale gedetineerdenpopulatie (PPC-patiënten inclusief) sprake is van (licht) traumatisch hersenletsel.²⁹

4. De behandeling en beveiliging in een PPC

De missie van de PPC's is als volgt geformuleerd:

“Het PPC heeft een maatschappelijke opdracht; het levert, als onderdeel van DJI, een bijdrage aan de veiligheid van de samenleving enerzijds door de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen anderzijds door het begeleiden en behandelen van gedetineerden met ernstige psychische problemen en psychiatrische stoornissen om het risico op delictgedrag te verminderen. Voor de gedetineerde draagt dit bij aan het perspectief op een autonoom bestaan.”³⁰

4.1 Behandeling en begeleiding

De behandeling in een PPC dient meerdere doelen. Ten eerste wordt deze gericht op het stabiliseren van de psychiatrische problematiek. Ten tweede wordt de behandeling dusdanig ingericht dat de middels gestructureerde risicotaxatie in kaart gebrachte risicofactoren voor toekomstig delictgedrag doelgericht worden verminderd en dat beschermende factoren worden vergroot. Omdat de verblijfsduur van patiënten in het PPC met gemiddeld 16,8 weken (circa vier maanden) relatief kort is, is continuïteit van zorg na verblijf in het PPC van extra belang. Het, indien geïndiceerd, tijdig voorbereiden van vervolgzorg na ontslag uit het PPC is daarmee dan ook een derde belangrijke doelstelling van het PPC. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat de gedetineerde op een veilige en verantwoorde manier terugkeert in de maatschappij en dat de benodigde zorg gecontinueerd wordt. De geleverde zorg voldoet aan veld- en beroepsnormen en is gewaarborgd door een kwaliteitssysteem.³¹

Op basis van de gestelde diagnose(s) en in kaart gebrachte risicofactoren krijgt iedere patiënt in het PPC een behandelplan op maat. Dit behandelplan wordt regelmatig multidisciplinair geëvalueerd en bijgesteld. Aan de in het behandelplan gestelde behandeldoelen wordt op meerdere manieren en met meerdere behandel disciplines gewerkt.³² De behandeling bestaat zowel uit de dagelijkse begeleiding door afdelingspersoneel binnen een zorgklimaat als uit aangeboden therapeutische interventies, zoals psychologische of vaktherapeutische behandeling. Vaak is er ook sprake van medicamenteuze behandeling; indien noodzakelijk wordt dwangmedicatie toegepast.³³

Op iedere afdeling van het PPC is een vast dagprogramma met daarin dagbestedingsactiviteiten op therapeutische basis, die waar nodig aangepast worden aan de individuele

29 N. Kuin e.a., 'Traumatic Brain Injury in prisoners: relation to risky decision making, aggression and criminal behavior'. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 2019/9(07), p. 289-299; E.Q.I. de Geus e.a., 'Acquired Brain Injury and Interventions in the Offender Population: A Systematic Review', *Front. Psychiatry*, 2021/12:658328. doi: 10.3389/fpsy.2021.658328.

30 Kwaliteitsstatuut PPC's (2021).

31 Kwaliteitsstatuut PPC's (2021).

32 Zorgprofessionals werkzaam in het PPC zijn bijvoorbeeld psychiater en eventueel arts-assistent of verpleegkundig specialist, (GZ-)psycholoog, vaktherapeut (van diverse stromingen), sociaal psychiatrisch verpleegkundige, casemanager of maatschappelijk werker en somatisch verpleegkundige. Op sommige locaties wordt daarnaast sinds kort gewerkt met ervaringsdeskundigen.

33 Het aantal toegepaste dwangbehandelingen wordt, naast de standaard procedures per individueel geval (zoals melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg), tegenwoordig ook op geaggregeerd niveau geregistreerd (buiten de Landelijke Databank). Er zijn hiervan echter nog geen cijfers beschikbaar voor publicatie.

behoefden en mogelijkheden van de patiënt. De basis voor dit dagprogramma is conform de Penitentiaire beginselenwet (Pbw). Op de afdeling worden patiënten begeleid door (verpleegkundig) Zorg- en Behandelinrichtingswerkers (ZBIW'ers), die veel contact met de patiënten onderhouden. ZBIW'ers kunnen zowel op MBO-niveau als op HBO-niveau geschoold zijn, in ieder team heeft circa 20% van de medewerkers een verpleegkundige achtergrond. Allen zijn middels bijscholing over onder andere psychopathologie en risicotaxatie getraind in het werken met een forensisch psychiatrische doelgroep.

In een PPC kunnen doorgaans dezelfde therapeutische interventies geboden worden als in andere (forensische) GGZ-instellingen. De grootste beperkingen van het PPC zijn dat de behandelduur vaak beperkt is en dat er binnen een PPC weinig mogelijkheden zijn tot (begeleid) verlof en daarmee geleidelijke resocialisatie vanuit een PPC niet goed mogelijk is.

4.2 Beveiliging

Het PPC beschikt over minimaal dezelfde beveiligingsmogelijkheden als reguliere penitentiaire regimes. Op crisis-afdelingen³⁴ zijn in sommige gevallen aanpassingen gedaan, waardoor het meubilair en sanitair op de cel beter bestand is tegen vernielingen of waardoor het mogelijk is om 24 uur per dag cameratoezicht te houden op de eigen cel van de patiënt. Dit wordt bijvoorbeeld toegepast indien er sprake is van suicidegevaar. Op die manier wordt voorkomen dat deze patiënten verplaatst moeten worden naar een isoleercel. Verder kan op crisis-afdelingen soms een aangepast programma aangeboden worden, waarbij één patiënt strikt individueel begeleid wordt door twee of meer afdelingsmedewerkers. Ook op die manier kan voorkomen worden dat patiënten met ernstige problematiek lang afgezonderd worden.

Ondanks de extra mogelijkheden in het PPC om extra zorg en veiligheid in te bouwen op de eigen afdeling en cel kan er soms meer nodig zijn om een crisis af te wenden. Zo kan bijvoorbeeld tijdelijke plaatsing van patiënten in een isoleercel worden toegepast of dwangmedicatie worden toegediend.³⁵ Wanneer een patiënt in een isoleercel geplaatst is, wordt op basis van gedragsdeskundige inschattingen minimaal dagelijks opnieuw beoordeeld of voortzetting daarvan nog noodzakelijk is.³⁶

5. Ontslag en nazorg

Zodra de psychische gesteldheid dit toelaat en ingeschat wordt dat een gedetineerde weer kan functioneren binnen een regulier regime, wordt de detentie daar voortgezet. In Figuur 2 is te zien dat dit tussen 2017 en 2020 het geval was voor 51,1% van de uit het PPC ontslagen patiënten van wie de strafrechtelijke titel op dat moment nog niet geëindigd was (dat komt neer op 25,5% van het totaal aan ontslagen patiënten in die periode). Het kan ook zijn dat een patiënt tot het einde van zijn detentie in het PPC verblijft en er na de invrijheidstelling geen

34 Er zijn landelijk 221 crisisplekken beschikbaar, waarvan 48 plekken met een zeer hoog zorg- en beveiligingsniveau.

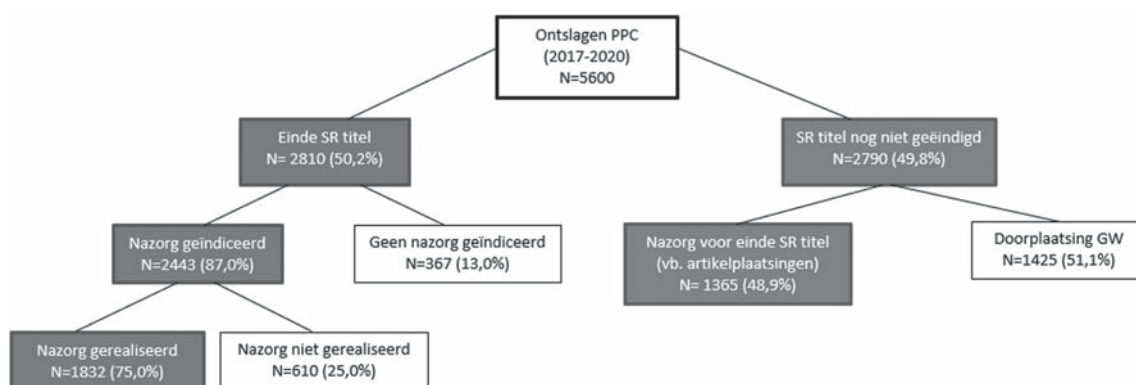
35 In de Penitentiaire beginselenwet is een bevoegdheid voor de (plaatsvervangend) vestigingsdirecteur opgenomen om gedetineerden in afzondering te plaatsen. Dit kan zowel op basis van straf, na een regelovertreding, als in de vorm van een 'maatregel', uit zorg voor de patiënt. In de praktijk wordt in het PPC zelden straf toegepast. Wanneer patiënten afgezonderd worden is dit vrijwel altijd op basis van een maatregel uit zorg en beveiligingsoverwegingen.

36 Omdat zowel afzonderen in een separeercel als toepassen van dwangmedicatie erg ingrijpend kunnen zijn, worden daarbij altijd principes als doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit zorgvuldig afgewogen.

nazorg nodig is. Dat is bij slechts 6,6% van de totale groep PPC-patiënten het geval (13,0% van de patiënten die tot einde van hun strafrechtelijke titel in het PPC verblijven).

Het merendeel van de totale groep PPC-patiënten (68,0%) behoeft nog een vorm van nazorg na hun opname in het PPC. Dit kan ofwel onderdeel zijn van het strafrechtelijk kader (bij 24,4% van de ontslagen patiënten was dat het geval, te denken valt bijvoorbeeld aan een TBS of ISD-maatregel of artikelplaatsingen³⁷), of na afloop van de strafrechtelijke titel nog benodigd zijn (bij 43,6% van alle uit het PPC ontslagen patiënten). Met name in dat laatste geval lukt het niet altijd om de benodigde zorg ook daadwerkelijk voor het einde van de opname in het PPC te organiseren (bij 10,9% van alle patiënten), bijvoorbeeld omdat een patiënt zelf niet mee wil werken aan vrijwillige nazorg en er niet voldaan wordt aan criteria voor gedwongen opname in een civielrechtelijk kader of omdat er geen bedden beschikbaar zijn bij vervolginstellingen.³⁸ Vaak, bij 32,7% van de gehele populatie, lukt dit ook wel (wat neerkomt op 75% van de gevallen waarbij nazorg geïndiceerd wordt geacht, maar vanuit strafrechtelijk kader geen zorg is opgelegd). In Figuur 2 en Tabel 2 is weergegeven hoeveel nazorg gerealiseerd is en waar PPC-patiënten naartoe uitstromen.

Figuur 2: Overzicht van geïndiceerde en gerealiseerde nazorg na ontslag uit het PPC van 2017 tot en met 2020.



Voor PPC-patiënten met een tbs-maatregel in hun vonnis geldt dat zij weliswaar een (deel van een) forensische behandeling in het PPC doorlopen kunnen hebben, maar de daadwerkelijke behandeling binnen het tbs-kader vindt niet in het PPC plaats. Dit betekent dat deze patiënten tijdens hun detentiedeel in een PPC geplaatst kunnen zijn, maar wanneer de tbs ingaat worden zij doorgeplaatst naar een kliniek (doorgaans FPC of FPK). Voor gedetineerden met een combinatievonnis (gevangenisstraf + tbs-dwang) met een strafrestant van minimaal een jaar geldt dat zij op een speciaal daarvoor ingerichte 'pre-passanten afdeling' in PPC Vught geplaatst worden, waar zij in het laatste jaar van hun detentie voorbereid worden op de tbs-behandeling.³⁹ Indien er op de ingangsdatum van de tbs nog geen plaats is in een kliniek, kunnen PPC-patiënten als tbs-passant hun kliniekplaatsing in een PPC afwachten. Voorts is het mogelijk om patiënten die

37 Een gedetineerde kan in het kader van voorbereiding op terugkeer in de maatschappij (artikel 43.4 Pbw) of in het kader van gerichte behandeling (artikel 15.5 Pbw) opgenomen worden in een psychiatrisch ziekenhuis of een kliniek. De gedetineerde blijft daarbij onder eindverantwoordelijkheid van de directeur van de PI vallen.

38 Bijvoorbeeld doordat een patiënt zelf niet mee wil werken aan nazorg en niet aan de criteria voor een gedwongen opname wordt voldaan, of vanwege plotselinge invrijheidsstelling en beddenkort bij andere zorgaanbieders.

39 In het PPC Vught zijn 18 PPC-bedden voor pre-passanten, daar kunnen zowel mannen als vrouwen geplaatst worden.

voorwaarden geschonden hebben van de behandeling in het kader van tbs met voorwaarden tijdelijk in het PPC (terug) te plaatsen in afwachting van omzetting naar tbs met dwang.

Tabel 2: Nazorg gegevens van de PPC-patiënten die in 2018, 2019 en 2020 aansluitend aan hun PPC-opname nazorg kregen.

Type nazorg	Type instelling	Percentage PPC-patiënten
Klinische zorg	FPK	21,0%
	FPA	19,5%
	FPC	7,8%
	GGZ (niet forensisch)	14,9%
	Verslavingskliniek	2,0%
	Verstandelijk gehandicaptenzorg	2,0%
	Verstandelijk gehandicaptenzorg	0,6%
Ambulante zorg	Forensische GGZ	5,9%
	Reguliere GGZ	8,3%
	Verslavingszorg	1,5%
	Verstandelijk gehandicaptenzorg	0,6%
Woonbegeleiding	RIBW	5,1%

Een opname in een PPC is voor een substantieel deel van de opgenomen patiënten niet iets eenmaligs. Van alle ooit opgenomen patiënten in de database is 35,0% al eerder in een PPC opgenomen geweest.⁴⁰

6. Discussie en conclusie

In dit artikel is een overzicht gegeven van het PPC en de populatie die daar verblijft. Allereerst maken de gepresenteerde cijfers duidelijk het PPC een groot aantal forensische patiënten zorg biedt. Jaarlijks worden rond de 1500 patiënten opgenomen en daarmee vormen ze een relatief grote groep binnen het gevangeniswezen (7,3% van de totale capaciteit). Een tweede belangrijk gegeven is dat de psychiatrische problematiek van de PPC-patiënten ernstig, van uiteenlopende aard en vaak meervoudig is. Opvallend is het aantal heropnames, wat de ernst van de problematiek bevestigt. Een groot deel van de patiënten komt in crisis binnen, waarbij veelal sprake is van ernstige psychiatrische aandoeningen en complexe co-morbiditeit. Het hoge crisis-gehalte maakt dat zorg voor deze groep niet uitgesteld kan worden tot na detentie. Daarnaast is de benodigde behandeling intensief. De PPC's hebben de expertise om deze patiënten binnen detentie te begeleiden en te behandelen. De behandelaars die werken in een PPC zijn goed opgeleide forensische zorg-professionals, die getraind zijn in het adequaat stabiliseren en behandelen van de meest complexe en kwetsbare patiënten. Binnen het reguliere gevangeniswezen is dergelijke intensieve zorg niet beschikbaar.

⁴⁰ Hierin is ook een subgroep patiënten inbegrepen die gedurende één detentie intern overgeplaatst zijn van één PPC naar een ander PPC (in principe is dat dezelfde behandelperiode). Er zijn geen cijfers beschikbaar over de relatieve grootte van deze groep.

Naast het feit dat de psychiatrische problematiek van de patiënten in het PPC ernstig is, betreft het ook een naar de omgeving relatief gewelddadige groep gedetineerden (een groot deel heeft één of meerdere geweldsdelict gepleegd, soms ook in de GGZ). Er is vaak een uitgebreid justitieel verleden en gepleegde delicten zijn vaak ernstig. Daarnaast zijn bij veel PPC-patiënten risicofactoren aanwezig waarvan bekend is dat deze voorspellend zijn voor recidive, zoals gebrekkige leefomstandigheden en neiging tot het mijden van zorg. Dat het een over het algemeen gewelddadige groep betreft, maakt dat vaak de hoog beveiligde omgeving van het PPC noodzakelijk is om op een veilige wijze de benodigde zorg te kunnen bieden. De zorg van het PPC onderscheidt zich daarmee in een belangrijk opzicht van de zorg die een reguliere GGZ kan bieden. Het 'GGZ-tenzij' principe, wat de PPC's in de eerste jaren van hun bestaan hanteerden, is daarmee veelal niet haalbaar.⁴¹

Dit laatste punt maakt ook duidelijk dat er een groot maatschappelijk belang is om adequaat te interveniëren bij deze groep kwetsbare gedetineerden. Immers, vele wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat (onbehandelde) psychische problematiek bij delictplegers de kans op toekomstige delicten vergroot en dat forensische behandeling kan bijdragen aan een verlaging van het aantal recidives.⁴² Relatief veel PPC-patiënten komen, ondanks dat zij vaak wel eerder hulpverlening hebben gehad, buiten detentie niet uit eigen initiatief vrijwillig in zorg. Of zij verkeren buiten in dusdanige omstandigheden dat zij niet kunnen profiteren van behandeling (bijvoorbeeld omdat woonsituaties vaak ongunstig zijn, netwerken soms risicoverhogend zijn of omdat zij veel middelen gebruiken). Hoewel de detentiesituatie nadelen kent, biedt deze ook veel structuur en veiligheid en, zo goed als dat gaat, gedwongen abstinentie van middelen. Dit alles maakt dat de detentieperiode bij uitstek gezien kan worden als een *window of opportunity* om de diagnostiek goed in kaart te brengen en behandeling op te starten. Dit biedt tevens mogelijkheden om deze patiënten 'behandelbereid' te maken en daarmee beter door te geleiden naar vervolgzorg.⁴³

De ontwikkeling van de forensisch psychiatrische zorg is wellicht wel dé grootste verandering die binnen het gevangeniswezen heeft plaatsgevonden de afgelopen jaren. Waar de zorg in de gevangenschappen 30 jaar geleden veelal gericht was op het voorkomen van detentieschade (met andere woorden: gedetineerden moesten niet slechter uit detentie komen dan zij er in waren gegaan), wordt nu veel geïnvesteerd om herstel van deze kwetsbare groep te bevorderen om toekomstige maatschappelijke schade te beperken. Hoewel de PPC's 'pas' 12 jaar bestaan, zijn zij inmiddels een steeds bekendere speler binnen het forensisch psychiatrisch veld. Intramurale psychiatrie in het kader van de tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf, gericht op het voorkomen van recidive, is inmiddels volledig aanvaard. En wij menen dat, gezien de grootte van de populatie die de PPC's bedienen en de ernst van de psychiatrische en gevaarzettende problematiek, dit een meer dan terechte ontwikkeling is. Desalniettemin dient de vraag gesteld te worden of deze ontwikkeling ook een keerzijde kent. Zo zou bijvoorbeeld gesteld kunnen worden dat met de komst van de PPC's de grens tussen straf en behandeling steeds meer is komen te vervagen en dat het vergeldende karakter van de detentie afneemt, of op zijn minst verandert. En als deze snelle ontwikkeling zich voortzet, waar eindigt deze dan? Onderscheidt zorg in het PPC zich in de toekomst nog

41 Het 'GGZ-tenzij' principe hield in dat gedetineerden met een psychiatrische zorgbehoefte bij voorkeur in de GGZ geplaatst zouden worden en alleen op een PPC kwamen indien plaatsing in de GGZ niet mogelijk was.

42 S. Krammer e.a., 'Effectiveness of forensic outpatients' psychiatric treatment and recidivism rates: a comparison study', *Forensic Science International: Mind and Law*, 2020/1, p. 1-10; M. de Vries Robbé e.a., 'Changes in Dynamic Risk and Protective Factors for Violence During Inpatient Forensic Psychiatric Treatment: Predicting Reductions in Postdischarge Community Recidivism', *Law and Human Behavior*, 2015/39(1), p. 53-61.

43 C. Macfarlane & M. Lavrijsen, 'Risicogestuurd behandelen binnen Penitentiaal Psychiatrisch Centrum Vught: de ontwikkeling van het HKT-R continuüm en de betekenis van vaktherapie hierin'. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2021/17, p. 14-22.

wel van zorg in het kader van TBS en wat voor consequenties heeft dat op zijn beurt voor overwegingen van de rechtelijke macht? Voorts blijft de vraag in hoeverre de ontwikkelingen van de forensisch psychiatrische zorg in contrast staan met politiek gestuurde ontwikkelingen; valt de zorggedachte überhaupt te rijmen met motto's als 'straf is straf'?

Tenslotte zijn nog enkele laatste kanttekeningen op zijn plaats. Hoewel een PPC veel kan bieden, zijn er ook zeker beperkingen. Zo is de benodigde behandeling vaak langer dan gedurende het doorgaans relatief korte verblijf geboden kan worden. Een preventieve hechtenis kan opgeheven worden ongeacht of er op dat moment een behandel noodzaak is. Dit maakt dat er in korte tijd (soms binnen een dag) nazorg georganiseerd moet worden en dan zijn de mogelijkheden beperkt. Daarnaast is de financiering voor een gemiddeld bed in een PPC lager dan dat in een FPC of FPK.⁴⁴ Dat betekent dat er bijvoorbeeld beperkingen zijn in wat er aan lengte en afwisseling in het dagprogramma geboden kan worden. Tenslotte zijn verlof mogelijkheden binnen een PPC uiterst beperkt, waardoor de vanuit behandelinhoudelijke en risicomanagement-overwegingen zeer wenselijke geleidelijke resocialisatie daar niet uitvoerbaar. Dit betekent ook dat wanneer een patiënt vanuit een PPC direct zelfstandig in vrijheid wordt gesteld, er sprake is van een plotse en grote overgang, waar veel patiënten moeite mee hebben.⁴⁵

Naast het gegeven dat de mogelijkheden in een PPC niet onuitputtelijk zijn, is het ook niet zo dat iedere kwetsbare gedetineerde op een PPC terecht komt. In veel gevallen kan binnen een regulier detentieregime ook voldoende begeleiding en zorg geboden worden. Maar tegelijk is er vermoedelijk ook een groep kwetsbare, zorgbehoefte gedetineerden die onder de radar blijft en zonder adequate zorg terugkeert in de maatschappij. Zo is bijvoorbeeld bekend dat het aantal gedetineerden met een licht verstandelijke beperking binnen het gevangeniswezen veel groter is dan in de praktijk wordt gesignaleerd.⁴⁶ Hetzelfde geldt voor sommige andere veelvoorkomende aandoeningen, zoals verslaving, PTSS en depressie.⁴⁷ Zeker in de context van de huidige beleidsontwikkelingen is het van belang oog te houden voor alle verborgen psychiatrie binnen detentie. Beleid is vaak gebaseerd op de aanname dat gedetineerden hun gedrag in detentie weloverwogen kunnen sturen. Het is echter maar de vraag of gedetineerden met psychiatrische aandoeningen dit ook kunnen. De cijfers uit dit artikel laten zien dat dit van een aanzienlijk deel van de PPC-populatie althans niet te verwachten is.

44 Dagprijs per patiënt in PPC is gemiddeld € 406,76 (Aanvraag Productievoorstel PPC 2021); dagprijs tbs € 528,00; M.H. Nagtegaal, K. Goethals & G. Meynen, 'De tbs-maatregel: kosten en baten in perspectief', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2016/58(10), p. 739-745.

45 L.A. Phillips & M. Lindsay, 'Prison to society: a mixed methods analysis of coping with reentry', *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2011/55(1), p. 1-19.

46 H. Kaal, 'Het belang van het herkennen van een LVB in de strafrechtketen', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2019/61(11), p. 809-813.

47 E. Bulten, H. Nijman & C. van der Staak, 'Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards', *International Journal of Law and Psychiatry*, 2009/32, p. 115-119.