

Vergaderjaar 2007–2008

31 110

Justitieel Verslavingsbeleid

Nr. 5

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2008

1. Inleiding

Tijdens het algemeen overleg van 27 februari en 26 maart 2008 over de brief van 17 juli 2007 met betrekking tot het justitieel verslavingsbeleid¹ heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over mijn visie op de zorg in justitieel kader. Hierbij doe ik deze toezegging gestand. Deze brief is aanvullend bedoeld op de eerder door u ontvangen brieven op afzonderlijke onderdelen van de zorg in justitieel kader. Met deze brief beoog ik vooral de samenhang tussen de onderdelen zichtbaar te maken. De brief heeft betrekking op zorg voor alle volwassenen aan wie een voorwaardelijke sanctie met zorg als bijzondere voorwaarde, een (on)voorwaardelijke gevangenisstraf of een strafrechtelijke maatregel is opgelegd. In de brief wordt onderscheid gemaakt tussen *basiszorg* en *forensische zorg*.

Alle gedetineerden hebben recht op basiszorg. Onder de basiszorg valt de *medische gezondheidszorg* en de *eerstelijns geestelijke gezondheidszorg*. De basiszorg dient in kwalitatief opzicht gelijkwaardig te zijn aan de reguliere zorg, rekening houdend met de specifieke situatie van de vrijheidsbeneming. In paragraaf 2 van deze brief wordt uiteengezet hoe de basiszorg binnen de sector Gevangeniswezen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is geregeld.

Onder *forensische zorg* wordt verstaan alle tweedelijns geestelijke gezondheidszorg in een strafrechtelijk kader met inbegrip van verslavingszorg en zorg voor gedetineerden met een verstandelijke beperking. Forensische zorg is, behalve op stabilisatie, begeleiding en behandeling van de gedetineerde, óók gericht op het verminderen van de kans op recidive (zie verder paragraaf 3 van deze brief). De kosten voor de forensische zorg worden gefinancierd uit de gelden die hiervoor vanuit de AWBZ zijn overgeheveld naar Justitie.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 31 110, nr. 1.

2. Basiszorg

2.1 Medische gezondheidszorg

Met betrekking tot individuele gezondheidszorg voor gedetineerden geldt dat zorg gedragen moet worden voor «een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming». De kosten voor de individuele gezondheidszorg voor gedetineerden worden door Justitie gedragen. Tijdens detentie wordt de in de Zorgverzekeringswet opgenomen verzekeringsplicht van de gedetineerde van rechtswege opgeschort. Na detentie herleeft de zorgverzekeringsplicht van de (ex-)gedetineerde.

Het in de Zorgverzekeringswet beschreven verplichte basispakket is in beginsel ook leidend voor het verstrekkingenpakket gedurende detentie. Dat betekent niet dat het pakket medische zorg volkomen gelijk is aan het zorgpakket van de basisverzekering. Soms wordt er meer zorg geboden. Zo is er binnen detentie sprake van een zeer laagdrempelige toegang tot de psycholoog en de justitieel verpleegkundige.

Soms is sprake van een zekere beperking. Leidend principe is het criterium «in hoeverre de betreffende medische verrichting in redelijkheid (= medisch verantwoord) uitstel kan verdragen tot het einde van de detentie zonder dat er gezondheidsschade optreedt». Op deze wijze wordt tevens invulling gegeven aan een ander principe: het proportionaliteitsbeginsel. In rede kan immers niet van Justitie verlangd worden dat het uitzitten van een boetevonnis van twee weken bijvoorbeeld recht geeft op een volledige gebitssanering indien daar geen acute medische noodzaak toe is.

De Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) is leidend voor alle organisaties waaraan medische beroepsoefenaars zijn verbonden en is derhalve ook van toepassing op de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg in detentie. Indien een gedetineerde ontevreden is over het medisch handelen in de inrichting, kan hij schriftelijk een verzoek indienen om bemiddeling door de Medisch Adviseur bij het ministerie van Justitie. Tegen diens bevindingen kan de gedetineerde een beroepschrift indienen bij de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing. Gedetineerden kunnen ook een klacht indienen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ is belast met het toezicht op de handhaving van de gezondheidszorgwetgeving in Nederland. De IGZ voert regelmatig inspecties uit in penitentiaire inrichtingen. De rapporten van de IGZ zijn openbaar.

In het kader van het project Verantwoorde Medische Zorg is gewerkt aan de kwaliteit van de medische gezondheidszorg. Binnen 24 uur heeft een justitieel verpleegkundige een intakegesprek met de gedetineerde gericht op het vaststellen van de gezondheidssituatie en een mogelijke zorgindicatie. De gedetineerde wordt medisch onderzocht door de justitiële geneeskundige. De medische basiszorg kan in de inrichtingen worden geboden; voor spoedeisende medisch zorg wordt over het algemeen een beroep gedaan op het dichtstbijzijnde burgerziekenhuis. De gedetineerde wordt hierbij begeleid door een aantal bewakers, dat is afgestemd op het veiligheidsrisico. Een andere mogelijkheid is dat de gedetineerde wordt geplaatst in het Penitentiair ziekenhuis in Scheveningen. Binnen detentie neemt het aantal chronisch gehandicapten en het aantal ouderen toe. Er worden momenteel voorstellen ontwikkeld hoe adequaat om te gaan met de eisen die aan de zorg voor deze groepen moeten worden gesteld.

Op grond van de informatie uit de intake wordt beoordeeld of de gedetineerde besproken moet worden in het Psycho Medisch Overleg (PMO).

Het PMO heeft de regie over het individuele zorgaanbod in de penitentiaire instelling (PI) en coördineert de samenwerking tussen de verschillende zorgdisciplines binnen de PI en de samenwerking met de ketenpartners. In het PMO zijn vertegenwoordigd een psycholoog, een psychiater (veelal op consultbasis), een justitieel geneeskundige en een justitieel verpleegkundige.

Uit de zorgplicht van Justitie en het specifieke karakter van de vrijheidsbeneming vloeit voort dat men op de afdeling extra alert moet zijn op mogelijke acute gezondheidsproblemen. In eerste aanleg is het de PIW'er (penitentiair inrichtingswerker) die adequaat moet reageren op hulpverzoeken. De PIW'er onderhoudt immers de dagelijkse contacten met de gedetineerde. Indien de PIW'er aanleiding ziet tot actie, neemt hij contact op met de justitieel verpleegkundige. Deze vervult een brugfunctie tussen de gedetineerde met een hulpvraag en de justitieel geneeskundige of de psycholoog. Met behulp van een standaard instrumentenset beoordeelt de verpleegkundige de mate van urgentie van gezondheidsklachten en of doorgeleiding gewenst is.

2.2 Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

In het kader van het Programma Modernisering Gevangeniswezen wordt gewerkt aan de verdere invulling van een persoonsgerichte benadering, waarbij het bieden van de benodigde forensische zorg een belangrijk onderdeel vormt. Die persoonsgerichte aanpak begint al bij binnenkomst. Vanaf eind 2009 wordt iedere gedetineerde bij binnenkomst op een gestandaardiseerde wijze gescreend ten aanzien van risicobeheersing, groepsgeschiktheid, geschiktheid voor meerpersoonsgebruik en behoefte aan (forensische) zorg. Deze informatie wordt verwerkt in het detentieplan dat voor iedere gedetineerde wordt opgesteld. Gedurende 14 dagen wordt de gedetineerde geobserveerd en de bevindingen worden vastgelegd in een standaard observatieformulier. De aldus verzamelde informatie wordt gecheckt en aangevuld met de informatie uit de medische intake en de informatie die al bij de ketenpartners voorhanden is. Vervolgens wordt deze informatie als daar aanleiding toe is binnen de PI besproken in een multidisciplinair overleg van PIW'ers en medische professionals ten behoeve van het bepalen van de gewenste bejegening van een gedetineerde.

Zo nodig wordt het PMO (Psycho Medisch Overleg) ingeschakeld. In het PMO worden in ieder geval de gedetineerden besproken met (vermoede) psychiatrische problematiek, ernstige gedragsproblemen op de afdeling of met verhoogd risico van zelfdestructief gedrag. Ook binnen detentie kwetsbare groepen, zoals gedetineerden met een verstandelijke handicap en zedendelinquenten, worden door het PMO besproken. Verder worden alle gedetineerden met een tbs-vonnis besproken en degenen die in aanmerking komen voor doorplaatsing naar de bijzondere zorgafdeling (BZA) dan wel de GGz of, in de toekomstige situatie, naar een penitentiaire zorglocatie. Het PMO streeft naar stabilisatie en zo mogelijk verbetering van de psychomedische problematiek door het opstellen en uitvoeren van een zorgplan. Het zorgplan bevat de diagnose en zorgbehoefte op hoofdlijnen die door de psycholoog verder worden uitgewerkt in een begeleidingsadvies met richtlijnen voor de bejegening op de afdeling. Het PMO verzorgt ook de indicatiestelling in de PI voor de inkoop van ambulante forensische zorg bij een GGz-instelling.

In iedere PI is een Bijzondere Zorgafdeling (BZA) voor gedetineerden die meer zorg of beheersing nodig hebben dan op een reguliere afdeling kan worden geboden. Zoals ik in mijn bovenvermelde brief over de modernisering van het gevangeniswezen heb gemeld, wordt er gewerkt aan de opvolger voor de BZA: de Extra zorgvoorziening (EZV). De EZV maakt deel uit van de basiszorg in iedere gesloten inrichting en is bedoeld voor gede-

tineerden die (psychosociale) zorg behoeven, kwetsbaar zijn, maar relatief weinig beheersproblemen veroorzaken. De EZV zal ook een brugfunctie hebben voor de gedetineerden die in aanmerking komen voor doorplaatsing naar de GGz of plaatsing in een bijzondere zorgvoorziening, in de toekomst één van de vijf penitentiaire zorglocaties.

Een goede aansluiting tussen de zorg voor, tijdens en na detentie is essentieel voor de betrokkene én het terugdringen van de recidive. In aanvulling op de medische intake inventariseren de MMD'ers binnen 10 dagen na binnenkomst of er vóór de detentie zorgcontacten waren. Desgewenst wordt door de MMD'er of een lid van het PMO contact opgenomen met de betreffende zorginstelling om na te gaan of het contact tijdens detentie gecontinueerd kan/moet worden. Verder is het een taak van de MMD'er om de gemeente van vestiging tijdig voor ontslag uit detentie te informeren over wat er op het gebied van zorg tijdens detentie is gebeurd. Zo nodig kan de directeur van een PI de reclassering inschakelen om de toeleiding naar zorg aansluitend op detentie, tijdig voor de feitelijke overdracht te organiseren.

Daarnaast biedt de inwerkingtreding per 1 juli 2008 van de Wet voorwaardelijke invrijheidstelling de mogelijkheid het (ver)volgen van een zorgtraject als bijzondere voorwaarde op te leggen aan gedetineerden met een straf langer dan een jaar.

3. Forensische zorg

3.1 Inkoop forensische zorg

Sinds 1 januari 2008 wordt forensische zorg ingekocht door de directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen. De plaatsing van de justitiabele bij een zorginstelling vindt eveneens onder verantwoordelijkheid van mijn ministerie plaats.

Forensische zorg betreft geestelijke gezondheidszorg (waaronder verslavingszorg) en verstandelijk gehandicaptenzorg aan personen met een strafrechtelijke titel. Daarbij worden drie groepen onderscheiden:

- Forensische zorg in het kader van een voorwaardelijke sanctie-modaliteit (inclus art. 37 Sr.);
- Forensische zorg aan tbs gestelden (TBS met dwangverpleging);
- Forensische zorg aan gedetineerden.

Forensische zorg komt tot stand op basis van een indicatiestelling-procedure.

De directie Forensische Zorg heeft inmiddels circa 50 contracten gesloten met verschillende zorgaanbieders die zien op de levering van forensische zorg in een strafrechtelijk kader. In deze contracten worden afspraken gemaakt over het volume, de kwaliteit en de prijs van de te leveren forensische zorg.

De directie forensische zorg voert thans een aanbestedingsprocedure uit die ziet op het realiseren van extra plaatsen in de GGZ voor gedetineerden met een forensische zorgbehoefte- en beveiligingsnoodzaak. Uiteindelijk zullen 350 plaatsen voor deze doelgroep in de GGz worden gerealiseerd. In dat kader wordt onder meer extra capaciteit gerealiseerd voor de extramurale fase van de ISD-maatregel waarbinnen veelal forensische zorg geïndiceerd wordt. Ook worden extra plaatsen gerealiseerd voor gedetineerden die in het kader van de penitentiaire beginselenwet in aanmerking komen voor overplaatsing. Naast extra voorzieningen voor Beschermd Wonen (RIBW) zullen er extra klinische plaatsen gerealiseerd worden op twee verschillende beveiligingsniveaus om zodoende zo goed mogelijk aan te sluiten op de forensische zorgbehoefte bij gedetineerden. De definitieve gunning bij genoemde aanbestedingsprocedure is voorzien begin augustus 2008.

Daarnaast bereidt de DJI een aanbesteding voor die ziet op de uitbreiding van justitiële verslavingszorg. Zoals aangekondigd in mijn eerder genoemde brief over de justitiële verslavingszorg streef ik naar een verdubbeling (van 3000 naar 6000) van het aantal verslaafden dat in 2011 onder justitiële drang naar zorg wordt toegeleid. Beoogd wordt een effectiever gebruik van voorwaardelijke sancties bij personen met een gecombineerde psychiatrische en verslavingsproblematiek. Op die manier zou detentie dan wel klinische verblijf in de GGz voorkomen kunnen worden. Deze aanbestedingsprocedure dient al in 2008 tot extra gecontracteerde forensische zorg te voorzien waardoor extra zorgtoeleiding vanuit bijvoorbeeld de reclasseringsorganisaties mogelijk wordt.

Onder meer in mijn brief van 15 november 2007¹ heb ik uw Kamer geschetst hoe het stelsel rondom de inkoop van de forensische zorg is vormgegeven.

Ten aanzien van forensische zorg in het kader van voorwaardelijke sancties geldt dat op verschillende momenten in het strafproces het NIFP of de reclasseringsorganisaties advies kan worden gevraagd. Het advies van het NIFP betreft de mate van toerekeningsvatbaarheid van de verdachte en wordt neergelegd in een Pro-Justitia rapportage. Het advies van de reclassering heeft ondermeer betrekking op de (mogelijke invulling van de) sanctie en is toegesneden op de aard van het delict en de persoon van de verdachte. De reclassering maakt hierbij onder andere gebruik van het instrument RISC (Risico-inschattingsschalen). De RISC levert een uitgebreide diagnose van het recidiverisico en de criminogene tekorten met het oog op de te adviseren interventietrajecten. Op basis van de RISC kan de reclassering adviseren het NIFP² verdiepingsdiagnostiek te laten uitvoeren, als er aanwijzingen zijn dat er sprake is van (aanzienlijke) psychische beperkingen of verslavingsproblematiek.

Momenteel is een indicatiestellinginstrument in ontwikkeling aan de hand waarvan het NIFP en de reclassering op een onafhankelijke en uniforme wijze zullen vaststellen welke combinatie van zorg en beveiliging nodig is. Op basis daarvan wordt, op termijn, de daadwerkelijke zorgbehoefte inzichtelijk. De zorginkoop kan daarmee steeds nauwkeuriger worden afgestemd op de (geïndiceerde) zorgbehoeften van gedetineerden en justitiabelen met een voorwaardelijke titel.

De inhoud van de behandeling wordt door de zorginstelling neergelegd in een Diagnose Behandel Beveiliging Combinatie (DBBC). In aanvulling op de in de reguliere GGZ gehanteerde Diagnose Behandel Combinaties is in deze DBBC's rekening gehouden met de vereiste beveiliging. Tevens wordt zo mogelijk aangegeven welke tijdsduur met de behandeling is gemoeid. Dit laatste is ook van belang om goede vervolgafspraken te kunnen maken met de ketenpartners over de continuïteit van de zorg, mocht na afloop van de justitiële titel nog zorg noodzakelijk zijn.

3.2 Forensische zorg als bijzondere voorwaarde

Onvoorwaardelijke (korte) gevangenisstraffen kennen hoge recidivecijfers. Alléén een (korte) gevangenisstraf is onvoldoende effectief als het gaat om het voorkomen van herhaling of voortzetting van crimineel gedrag. In vergelijking met korte gevangenisstraffen vindt er na voorwaardelijke vrijheidstraffen minder recidive plaats³. Om die reden stimuleer ik het ruimer opleggen door de rechter van sancties met bijzondere voorwaarden, waaronder op zorg gerichte bijzondere voorwaarden. Ik streef naar een toename van het aantal trajecten met bijzondere voorwaarden (oplopend tot 25%).

In samenwerking met de ketenpartners is een verbeterde werkwijze ontwikkeld die moet leiden tot een snellere en specifiekere advisering

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 452, nr. 76.

² NIFP: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.

³ De recidivemonitor van het WODC 2006 laat zien dat twee jaar na ommekomst van de straf het percentage recidivisten onder justitiabelen aan wie een voorwaardelijke vrijheidsstraf is opgelegd, aanzienlijk lager ligt dan onder justitiabelen die een korte gevangenisstraf hebben ondergaan. Ongeveer 35% van de voorwaardelijk bestrafden uit de periode 1997–2003 recidiveerde twee jaar na ommekomst van hun straf, t.o.v. ca 63% van de justitiabelen die in die periode een korte gevangenisstraf hadden uitgezeten.

door de reclassering, een specificatie van de voorwaarden in het vonnis, een snellere start van de uitvoering van de voorwaarden en een adequate en snelle reactie bij overtreding van de voorwaarden.

3.3 Forensische zorg in detentie¹

Er wordt hard aan gewerkt de forensische zorg binnen detentie verder te professionaliseren. Voor gedetineerden die meer geestelijke gezondheidszorg nodig hebben dan de basiszorg zoals aangeboden op de afdeling vindt een onafhankelijke indicatiestelling plaats met het oog op doorplaatsing naar de GGz of, in de toekomst, naar een penitentiaire zorglocatie. Doorplaatsing naar de GGz is uitgangspunt. Het OM geeft hierover een zwaarwegend advies aan de selectiefunctaris (zo mogen er geen contra-indicaties zijn, onder meer uit een oogpunt van veiligheid). Artikel 15.5 en 43.3 van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) bieden het wettelijk kader voor doorplaatsing naar de GGz.

Voor de penitentiaire zorglocaties wordt op dit moment een met de GGz vergelijkbaar zorgaanbod ontwikkeld, waarbij rekening wordt gehouden met de beperkingen van een detentieomgeving. Op de zorglocaties worden die gedetineerden in behandeling genomen die een indicatie hebben voor een gemiddeld tot intensief zorgniveau gecombineerd met een hoog tot zeer hoog beveiligingsniveau. De behandeling/begeleiding is gericht op stabilisatie en verbetering van de psychische gesteldheid (met inbegrip van persoonlijkheidsstoornissen), alsmede het verminderen van de recidive.

Indien voldoende verbetering van de psychische gesteldheid is bereikt, zal terugplaatsing volgen naar reguliere detentie of doorplaatsing naar de GGz als dit laatste uit veiligheidsoverwegingen mogelijk is.

Ter illustratie volgt hieronder een casus van een gedetineerde met een psychische stoornis.

Zorg voor gedetineerde met een psychische stoornis

Frans is een 22-jarige Nederlandse man die op 19-jarige leeftijd is veroordeeld tot een gevangenisstraf van 5 jaar en 6 maanden wegens poging tot moord. Het strafrestant is nog ongeveer 1½ jaar. Frans wordt door de psycholoog van het huis van bewaring waar hij verblijft, aangemeld bij het Penitentiair Selectie Centrum (PSC) te Den Haag met het verzoek te adviseren voor een behandeling. Uit het testonderzoek blijkt dat Frans een zeer lage zelfwaardering heeft en kampt met identiteitsproblemen. Het persoonlijkheidsonderzoek wees verder uit dat Frans onder zware druk volledig uit balans kan raken. Geconcludeerd wordt dat Frans een stevig gestructureerd kader nodig heeft. Er wordt gekozen voor een lang verblijf op de Therapie Afdeling van het PSC en een zeer geleidelijke opbouw van vrijheden. Frans maakt een goede ontwikkeling door, waarna de stap kan worden gezet naar meer vrijheden en meer zelfstandigheid. Frans wordt in het kader van een penitentiair programma geplaatst in een Regionale Instelling voor Begeleid Wonen (RIBW). Een forensische psychiatrische polikliniek levert de psychotherapeutische ondersteuning die Frans nodig heeft.

3.4 Zorg voor verslaafden in detentie

In het kader van de screening en observatie bij binnenkomst wordt iedere gedetineerde bevraagd op verslavingsproblematiek door de betrokken PIW'er en de justitieel verpleegkundige. Vanwege de hiervoor noodzakelijke specifieke kennis wordt zowel in de basisopleiding voor het personeel als in diverse applicatiecursussen expliciet aandacht geschonken aan het herkennen en omgaan met verslaving en verslavingsgedrag.

Al naar gelang de uitkomsten van de screening en observatie wordt de betrokken gedetineerde besproken in het eerder genoemde multidisciplinaire overleg van medische deskundigen en PIW'ers. Het PMO wordt

¹ In deze brief wordt niet specifiek ingegaan op zorg in het kader van de ISD-maatregel. Hiervoor verwijs ik naar de bijlage bij mijn brief van 4 juni 2008 over het ISt-onderzoek naar de ISD.

ingeschakeld als er tevens sprake is van gedrags- en/of psychiatrische problematiek (co-morbiditeit). Het PMO beslist over het al dan niet inkopen van ambulante zorg voor de gedetineerde. Onafhankelijke indicatiestelling voor klinische zorg in een verslavingskliniek of een penitentiaire zorglocatie geschiedt door de SVG¹ of het NIFP.

Het beleid is er primair op gericht (chronisch) verslaafden vrijwillig toe te leiden naar de GGZ voor ambulante of klinische zorg. De gedetineerde kan op elk moment, bij binnenkomst of gedurende de detentie, vragen om hulp voor zijn verslavingsproblematiek. Er bestaan gedurende het gehele justitiële traject mogelijkheden om verslaafden naar zorg toe te leiden. Dat kan dus op vrijwillige basis, maar ook onder drang of met dwang. Onder drang wordt verstaan het bij de verslaafde justitiabele *aandringen* om iets aan de verslavingsproblematiek te doen, bijvoorbeeld door het deelnemen aan een programma tijdens detentie en/of het zich laten doorgeleiden naar zorg als alternatief voor detentie. Bij dwang, zoals bij het opleggen van de ISD-maatregel, wordt de justitiabele geen keus gelaten. Het betreft hier overigens een gedwongen opname, géén dwangbehandeling.

Het hulpaanbod in de justitiële inrichtingen is enerzijds gericht op onthouding van drugs en anderzijds op het beperken van schade aan de gezondheid van de individuele gebruiker. Behandeling met methadon moet geplaatst worden in een breder kader van medische interventies voor verslaafden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen *cure* (gericht op stabiele abstinentie) en *care* (gericht op stabilisatie). Als abstinentie niet meer haalbaar is, wordt de verslaving behandeld als een chronische ziekte.

In januari 2006 is de landelijke Richtlijn Opiaatvervangende Behandeling (RIOB) van kracht geworden. DJI heeft daarop een traject gestart voor de ontwikkeling van een nieuwe richtlijn voor medische interventies bij gedetineerde verslaafden. Dit traject wordt ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (Centrum voor Begaafdheidsonderzoek). Het doel van de richtlijn is de kwaliteit van de medische zorg voor gedetineerde verslaafden te borgen en deze aan te laten sluiten bij de verslavingszorg. Naar verwachting zal de richtlijn vanaf september van dit jaar worden geïmplementeerd.

Zoals ik op 26 maart 2008 heb gemeld in de tweede termijn van het algemeen overleg over de brief inzake het justitieel verslavingsbeleid, wordt gewerkt aan een herijking van het drugsontmoedigingsbeleid. Het vigerende beleid wordt aangepast op basis van adviezen van de Gezondheidsraad, gewijzigde inzichten en praktijkervaringen. Ik streef naar meer uniformiteit in de uitvoering van het drugsontmoedigingsbeleid dat dient te bestaan uit een verantwoorde mix van preventie, zorg en repressie. Ik zal uw Kamer hierover voor het einde van het zomerreces nader informeren.

Ter illustratie volgt hieronder een casus van een verslaafde vrouw.

Zorg voor verslaafde vrouw

Magda is 46 jaar. Ze wordt verdacht van oplichting, flessentrekkerij en het pinnen met een gestolen pinpas. Sinds 1986 is Magda 12 keer veroordeeld, meestal voor diefstal, inbraak of oplichting. Ze staat dan ook op de veelplegerslijst in de stad waar ze verblijft. Een vast woonadres heeft Magda niet. Om de thuissituatie te ontlopen zocht ze haar heil op straat, spijbelde veel en verliet de school voortijdig. Magda is niet alleen aan cocaïne verslaafd. Ze heeft ook psychische problemen. Daardoor ontbreekt het haar aan zelfinzicht, ze onder-

¹ SVG: Stichting Verslavingsreclassering GGZ.

schat haar problemen en ze wijst elk hulpaanbod af. Magda werd steeds veroordeeld tot korte gevangenisstraffen, te kort om een hulpverleningstraject in te zetten. De reclasseringswerker voert meerdere gesprekken met Magda zelf, met de psycholoog van de PI waar Magda verblijft en er wordt een RISc afgenomen. Daaruit komt naar voren dat er een grote kans op recidive is. Om beter inzicht te krijgen in de psychische problemen van Magda vindt een uitgebreide diagnostiek plaats door de psycholoog van het NIFP. De psycholoog indiceert Magda voor opname in een psychiatrische kliniek met verslavingsexpertise. Daarna is de bedoeling dat Magda wordt geplaatst in een RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen). Magda heeft het besef dat er nu echt iets moet veranderen, het leven dat ze tot nu geleefd heeft is ze meer dan zat. De rechter veroordeelt Magda tot een deels voorwaardelijke gevangenisstraf van 16 maanden. Als bijzondere voorwaarde moet Magda zich laten opnemen in de kliniek waarvoor ze geïndiceerd is. Het dreigement dat het voorwaardelijke deel van de straf wordt omgezet in een onvoorwaardelijke gevangenisstraf als ze zich niet houdt aan de voorwaarden, werkt als een stevige stok achter de deur. De verslavingsreclassering wordt door de PI ingeschakeld om de plaatsing voor te bereiden en toezicht te houden op het verblijf in de verslavingskliniek.

Tot slot

In deze brief heb ik uiteengezet hoe de basiszorg en forensische zorg voor justitiabelen is vormgegeven. Naar mijn mening zijn we op de goede weg, maar er zijn nog stappen vooruit te zetten. De behoefte aan geestelijke gezondheidszorg wordt steeds groter. Dat is een rechtstreeks gevolg van het toenemende aantal justitiabelen met een psych(iatr)ische stoornis, veelal in combinatie met een verslaving. Ook zien we een toename van het aantal gedetineerden met een verstandelijke beperking. Met het oog op de continuïteit van zorg en het terugdringen van de recidive is het cruciaal dat de systemen van straf en (forensische) zorg goed op elkaar aansluiten.

Mijn beleid blijft daarom gericht op bevordering van de samenhang tussen beide systemen. Ik doe dat met name door:

- Het stimuleren van het ruimer opleggen door de rechter van sancties met bijzondere voorwaarden, waaronder het volgen van een zorgtraject;
- Gestandaardiseerde screening van alle gedetineerden op behoefte aan ambulante (forensische) zorg en het verlenen van die zorg in het kader van een persoonsgerichte aanpak;
- Het binnen de gesloten inrichtingen bieden van passende (basis)zorg door het invoeren van de Extra zorgvoorziening (EZV);
- Het intensiveren van de zorg voor verslaafden;
- Het realiseren van 700 zorgplaatsen in het gevangeniswezen, waarvan een deel wordt ingekocht in de reguliere GGz;
- Het vanaf 2009 concentreren van de huidige zorgvoorzieningen op vijf penitentiaire zorglocaties;
- Het op basis van een onafhankelijke indicatiestelling toeleiden van gedetineerden naar de GGz of een van de vijf toekomstige penitentiaire zorglocaties.

De staatssecretaris van Justitie,
N. Albayrak