

AEEF

EF

PPC in positie

Onderzoek naar de plek van de
Penitentiair Psychiatrische Centra in
het forensische stelsel

EF

Datum

15 oktober 2021

Opdrachtgever

Ministerie van Justitie en Veiligheid

Onderzoeksteam

Aukje Hilderink, Maxime Dekkers, Chris Vloedbeld, Erwin de Craen, Ido Smits en Jobke Visser

Referentie

GJ249/Eindrapport

Dataclassificatie

I - Publiek

/ Inhoud

/ 1	De vraag in context	4
1.1	Achtergrond en doelstelling	4
1.2	Context: zorg in detentie	5
1.3	Het onderzoek op hoofdlijnen	6
/ 2	Wie zitten er in het PPC? Instroom en doelgroep	8
2.1	Doelgroep en populatie van het PPC	8
2.2	Instroom in het PPC: aantallen en herkomst	13
2.3	Externe factoren en ontwikkelingen	14
/ 3	Doorstroom	19
3.1	Doorstroom van patiënten binnen het PPC	19
3.2	Knelpunten in de doorstroom	20
/ 4	Uitstroom	22
4.1	Uitstroom naar de vrije maatschappij	22
4.2	Forensische zorg na detentie	23
4.3	Artikelplaatsing gedurende detentie: het GGZ, tenzij-principe	24
4.4	Uitstroom naar andere afdeling binnen het gevangeniswezen	25
/ 5	De plek van de PPC's in het forensische stelsel	27
5.1	Vooraf: beperkingen in de ruimte om te sturen	27
5.2	Afwegingen die de rol van de PPC's bepalen	29
5.3	De rol van de PPC's in drie scenario's	32
/ A	Bijlage: Gesprekspartners	37

/ 1 De vraag in context

In 2020 voerde AEF een onderzoek uit naar randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid in de Penitentiair Psychiatrische Centra.¹ In dat onderzoek werd geconstateerd dat de kwaliteit en veiligheid in de PPC's onder druk stonden. De PPC's leken vooralsnog in staat om onveilige situaties te voorkomen, maar enige negatieve invloed op de kwaliteit van zorg kon niet voorkomen worden. Omdat er ook een ontwikkeling plaats leek te hebben gevonden in de rol van de PPC's in het stelsel, zonder dat expliciet was gemaakt wat dat betekende voor de randvoorwaarden, hebben we geadviseerd om het gesprek te voeren over visie en doelstelling van de PPC's, en op basis daarvan over mogelijkheden om de druk op de randvoorwaarden te verlichten.

Naar aanleiding van dit advies heeft het ministerie van Justitie en Veiligheid AEF gevraagd om een onafhankelijk en expertmatig oordeel te geven over de rol van de PPC's in het gehele forensische stelsel.

1.1 Achtergrond en doelstelling

De PPC's zijn in 2008 opgericht om goede psychiatrische zorg aan gedetineerden te bieden.

De PPC's zijn opgericht naar aanleiding van het rapport van de commissie-Visser², in de context van de verandertrajecten³ van het gevangeniswezen (GW) in 2007. Psychiatrische zorg was hiervoor nog bij veel verschillende onderdelen belegd. Deze onderdelen⁴ zijn samengevoegd in twee aanvullende organisatieonderdelen: de Extra Zorg Voorzieningen (EZV), die in elke PI zorg en structuur bieden voor kwetsbare gedetineerden, en vijf door het land verspreide PPC's. Op het moment bestaan daarvan nog vier PPC locaties: Haaglanden, Vught, Zaanstad en Zwolle.⁵ Door kennis en expertise te centreren wilde men voorzien in de bestaande noodzaak voor het kunnen bieden van gespecialiseerde psychiatrische zorg binnen de PI.

De doelstelling van de PPC's over tijd

Bij oprichting ging de primaire aandacht van de PPC's uit naar stabilisatie van gedetineerden in crisis, waarna deze werden doorgeplaatst. Hoe de PPC's aankijken tegen hun opdracht, is de afgelopen jaren ontwikkeld. Daarbij gaat het met name om de vraag of recidivevermindering onderdeel is van hun opdracht. Aanvankelijk zagen PPC's dit niet expliciet als hun opdracht⁶, totdat uit het inspectierapport over het detentieverloop van Michael P. bleek dat het voorkomen van recidiverisico wel als onderdeel van hun doelstelling gezien werd.⁷ De commissie-Visser stelde in haar rapport al van mening te zijn dat *'het ontbreken van voldoende behandelmogelijkheden een verklaring kan zijn*

¹ AEF, *Zorg en veiligheid onder druk in het PPC? Onderzoek naar randvoorwaarden voor goede zorg en veiligheid in de penitentiair psychiatrische centra*, 2020

² Commissie-Visser, *TBS, vandaag over gisteren en morgen*, 2008

³ Bijvoorbeeld het programma 'Modernisering Gevangeniswezen'

⁴ Dit waren destijds nog de Bijzondere Zorg Afdelingen (BZA), de (Beveiligde) Individuele Begeleidingsafdelingen ((B)IBA), de Forensische Observatie Afdeling (FOBA) en de forensische schakelunits (FSU).

⁵ PPC Maastricht is tegelijk met gehele PI gesloten in 2013 om leegstand tegen te gaan. Zie ook Masterplan DJI 2013-2018, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/06/19/masterplan-dji-2013-2018>

⁶ AEF, *Zorg en veiligheid onder druk in het PPC? Onderzoek naar randvoorwaarden voor goede zorg en veiligheid in de penitentiair psychiatrische centra*, 2020

⁷ Inspectie Justitie en Veiligheid en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, *Het detentieverloop van Michael P*, 2019

voor de hoge recidivepercentages onder de gevangenispopulatie'.⁸ Ook de IGJ benoemde kort na de start recidivereductie in het onderzoek naar de PPC's.⁹ Naar aanleiding van het inspectierapport over Michael P. hebben de PPC's in 2019 hun missie en visie geëxpliciteerd.¹⁰ Ook zijn de PPC's expliciet aangemerkt als forensische zorginstelling.¹¹

Zienswijzen op de huidige doelstelling

In het brede veld van forensische zorg bestaan verschillende zienswijzen op wat het doel van de PPC's is en wat van de PPC's verwacht mag worden. Onder die verschillende zienswijzen ligt vaak een gedeelde basis: het gaat om psychiatrische zorg voor gedetineerden. Daarbij wordt vaak erkend dat het gaat om een complexe doelgroep, waar specifieke expertise voor nodig is. Ook de kaders waarbinnen het PPC moet opereren – een complexe, diffuse doelgroep, waarbij de verblijfsduur vaak vooraf onbekend is en regelmatig bepaald wordt door andere overwegingen dan behandeltechnische, en dat binnen het regime van een PI – worden door verschillende partijen erkend.

De betekenis die daaraan gegeven wordt voor de opdracht die de PPC's (zouden moeten) hebben verschilt echter. Aan het ene uiterste wordt gesteld dat gezien de beperkte mogelijkheden die er zijn, en gezien de setting binnen het gevangeniswezen, het PPC zich zou moeten beperken tot psychiatrische zorg ter voorkoming van direct lijden, vergelijkbaar met de mate van somatische zorg die ingezet wordt. Aan de andere kant van het spectrum is het uitgangspunt dat het PPC, om de veiligheid van de maatschappij op lange termijn te verbeteren, stevig moet inzetten op forensische zorg gedurende de periode dat de patiënt in het PPC zit. Op de onderliggende afwegingen voor deze mogelijke zienswijzen gaan we in hoofdstuk 5 nader in.

Een aantal keer is ook gesteld dat de kaders waarbinnen het PPC moet werken dermate beperkend zijn en ook dermate verschillend per patiënt, dat de opdracht die het PPC heeft praktisch bepaald wordt door wat er mogelijk is binnen de kaders, en dus per individuele patiënt sterk kan verschillen. Dat roept de vraag op in hoeverre het mogelijk of zinvol is om te proberen te komen tot één opdracht voor het PPC. In het eerdere onderzoek is echter geconstateerd dat verschuivingen in de opdracht kunnen leiden tot andere eisen rondom randvoorwaarden zoals capaciteit, en dat het niet expliciteren van de opdracht daarmee op termijn de kwaliteit en veiligheid kan bedreigen. Ook is door de PPC's zelf de wens uitgesproken om helderheid te krijgen over de opdracht, en daarmee tegen welke meetlat zij aangelegd worden. Anders bestaat het risico dat de verwachtingen opnieuw uiteen gaan lopen, en pas bij een incident geconstateerd wordt dat er verschillende zienswijzen bestonden.

1.2 Context: zorg in detentie

De PPC's bevinden zich op het snijvlak van forensische zorg en het gevangeniswezen. De PPC's zijn onderdeel van het gevangeniswezen; ze zijn onderdeel van een PI, zijn ook gevestigd op het terrein van een PI, en hebben zich te verhouden tot het regime dat daar geldt. Patiënten in het PPC zijn dan

⁸ Commissie-Visser, *TBS, vandaag over gisteren en morgen*, 2008, p. 28

⁹ IGJ, *Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg*, augustus 2011

¹⁰ PPC's, *Missie en Visie 2019, 2019*

¹¹ Zie bijvoorbeeld paragraaf 2.3 van de nota van toelichting bij Besluit forensische zorg zie

<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2019-230.html> (laatst geraadpleegd: 8 oktober 2021)

ook altijd mensen in detentie: of dat nu is omdat zij preventief gehecht zijn of een gevangenisstraf opgelegd hebben gekregen. Tegelijkertijd zijn de PPC's, zoals eerder benoemd, formeel aangemerkt als instelling voor forensische zorg.

Het doel van forensische zorg is *het beschermen van de samenleving door terugval in strafbaar gedrag te voorkomen*.¹² Daarbij is het van belang dat de patiënt een passende behandeling krijgt, waarbij tegelijkertijd ook rekening gehouden wordt met de noodzakelijke beveiliging. Nederland kent daarom diverse typen behandelinstellingen, waar verschillende typen zorg geleverd kan worden op verschillende beveiligingsniveaus.

Instelling	Niveau
FPC: Forensisch psychiatrisch centrum	4
FPK: Forensische psychiatrische kliniek	3
FVK: Forensische Verslavingskliniek	
FPA: Forensisch psychiatrische afdeling	2
FVA: Forensische verslavingsafdeling	
SGLVG+: Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten	
Besloten afdeling in reguliere GGZ-instelling, reguliere verslavingszorgafdeling of resocialisatieafdeling FPA,FVA, FPK of FPC	1

Eerder onderzoek van AEF liet zien dat de kwaliteit en veiligheid binnen de forensische zorg onder druk staan.¹³ Ook zijn er enkele ernstige incidenten geweest die de maatschappelijke en politieke druk op de sector verder vergroot hebben. In de afgelopen jaren is daarom op verschillende manieren gewerkt aan het verlagen van de druk, verhogen van de kwaliteit en verminderen van de risico's, onder meer door de uitvoering van de *Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2018-2021* door de taskforce forensische zorg, en het uitvoeren van verbetermaatregelen naar aanleiding van de casus Michael P.¹⁴

1.3 Het onderzoek op hoofdlijnen

Het onderzoek richtte zich op de vraag welke plek de PPC's in het forensische stelsel horen te hebben. Daarbij is vooraf door de opdrachtgever een aantal ondersteunende deelvragen opgesteld.

- ▶ Voor welke groepen patiënten (en op basis van welke strafrechtelijke titels) is een PPC bedoeld? En welke doelen dienen te worden bereikt?
- ▶ Welke groepen zitten er in de praktijk? En welke doelen worden bereikt?
- ▶ Wat zijn de oorzaken van de toename van het aantal aanmeldingen voor (crisis)plaatsing in een PPC?
- ▶ In hoeverre wordt het GGZ tenzij-principe toegepast?
- ▶ Hoe ziet de instroom van patiënten eruit? In hoeverre is het aantal en het soort patiënten veranderd in de afgelopen vijf jaar?
- ▶ Hoe verloopt de doorstroom van patiënten binnen een PPC? Wat zijn de knelpunten?
- ▶ Hoe verloopt de uitstroom van patiënten die in een PPC zijn geplaatst? Wat zijn de knelpunten?

¹² Ministerie van Justitie en Veiligheid, *Visie forensische zorg 2020*, 2020

¹³ AEF, *Forensische zorgen: Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*, 2018

¹⁴ Zie bijvoorbeeld de Voortgangsbriefforensische zorg, 33 628 nr 81

- ▶ Over welke aantallen patiënten gaat het en hoe lang verblijven zij in een PPC?
- ▶ Waar zitten verbetermogelijkheden en/of alternatieven?

Om tot een antwoord te komen op deze vragen, hebben we deze aan de hand van vier thema's onderzocht: Doelen, Instroom en doelgroep, Doorstroom en Uitstroom.



Per thema hebben we relevante documenten bestudeerd, interviews uitgevoerd en een focusgroep of werksessie uitgevoerd. Een lijst van partijen die we in het onderzoek hebben gesproken, is opgenomen in bijlage A. Op basis van de resultaten op de thema's hebben we de belangrijkste afwegingen en externe factoren gedestilleerd die de rol van de PPC's in het stelsel bepalen. Deze hebben we in een inhoudelijk rondetafelgesprek met verschillende betrokkenen besproken. Op basis daarvan hebben we de resultaten verder aangescherpt.

Begeleiding van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Bij de start van het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld met daarin naast de opdrachtgever ook vertegenwoordigers van DJI Divisie Gevangeniswezen, DJI Divisie Forensische Zorg, en de PPC's.

Leeswijzer

In dit hoofdstuk hebben we de vraag in context geplaatst, en daarbij verschillende zienswijzen op de doelen van de PPC's besproken. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de instroom in het PPC en de doelgroep, waarbij we onder meer bespreken hoe de instroom eruit ziet, hoe die over de jaren is veranderd en welke ontwikkelingen daar invloed op hebben. Hoofdstuk 3 beantwoordt de deelvragen op het gebied van de doorstroom: hoe verloopt de doorstroom, hoe lang verblijven patiënten in de PPC's, en welke knelpunten zijn er in de doorstroom? Vervolgens lichten we het proces van uitstroom toe, en welke knelpunten zich daarin voordoen. Daarbij staan we ook stil bij de toepassing van het GGZ, tenzij-principe. In het laatste hoofdstuk staan we stil bij beperkingen in de ruimte om te sturen en afwegingen die de rol van het PPC bepalen, en schetsen vervolgens verschillende scenario's voor de rol van de PPC's in het forensische stelsel.

/ 2 Wie zitten er in het PPC? Instroom en doelgroep

In dit hoofdstuk beschrijven we de patiëntenpopulatie binnen het PPC en via welke wegen zij instromen. We gaan in op:

- ▶ Doelgroep en populatie van het PPC
- ▶ Instroom in het PPC: aantallen en herkomst
- ▶ Externe factoren en ontwikkelingen

Waar mogelijk geven we hierin een ontwikkeling weer door de jaren heen.

2.1 Doelgroep en populatie van het PPC

Het Kwaliteitsstatuut van de PPC's stelt het volgende over de vraag 'wat is een PPC en voor wie is het?'¹⁵

In penitentiaire inrichtingen verblijven ook **gedetineerden met psychiatrische problematiek**. Om de kwaliteit van de zorg aan deze gedetineerden te vergroten, beschikt DJI over vier PPC's. In PPC's is sprake van vrijheidsbeneming. Het kan hierbij gaan om een preventieve bewaring of strafoplegging door de rechter. Een PPC is een onderdeel binnen het gevangeniswezen waar 24-uurs psychiatrische zorg beschikbaar is voor **gedetineerden met een verstandelijke beperking, psychiatrische aandoeningen zoals een verslaving, of een combinatie hiervan**. De **zorgvraag van deze gedetineerden is te groot voor de zorgmogelijkheden binnen een reguliere detentiestelling**.

Deze tekst beschrijft wat de doelgroep van de PPC's is. De PPC's stellen zich dus tot doel psychiatrische zorg te verlenen aan gedetineerden van wie de zorgvraag te groot is voor de mogelijkheden binnen de reguliere PI. Dit is echter een vrij brede opvatting, die het soort en de duur van de zorg nog niet specificeert- ofwel of het gaat om stabiliseren en doorplaatsen, of ook om langdurigere behandeling.

Onderstaand geven we een beeld van hoe de populatie er in de praktijk uit ziet. Dat doen we door de populatie te beschrijven aan de hand van de titel bij opname in het PPC, zorgzwaarte, psychopathologie en delictzwaarte.

Doelgroep naar titel bij opname in PPC

Het grootste deel van de doelgroep in de PPC's zit in preventieve hechtenis

In de periode 2015 t/m 2020 is tussen de 65,5% en 70,5% van de doelgroep binnen de PPC's preventief gehecht. Zij stromen vaak in vanuit het Huis van Bewaring, maar ook na voorgeleiding vanuit de rechtercommissaris of vanuit de politiecel.

¹⁵ Kwaliteitsstatuut PPC (juni, 2021), p. 5

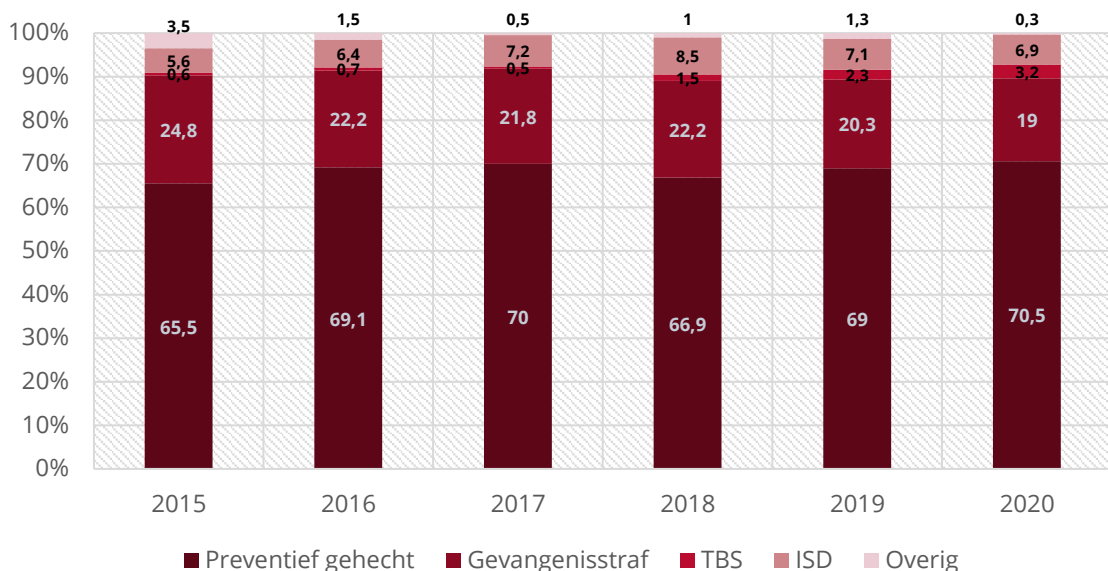
De PPC-populatie bestaat dus voor het grootste deel uit preventief gehechten. Deze groep kenmerkt zich door de onvoorspelbaarheid van hun traject. Het is onzeker of de patiënt vervolgd wordt, of er dan ook een straf opgelegd wordt, en zo ja, wat die inhoudt en welke voorwaarden worden gesteld. Voor de rechtszaak kan op elk moment besloten worden dat iemand geschorst of niet vervolgd wordt, waardoor iemand nog dezelfde dag in vrijheid gesteld moet worden. Dat betekent dan ook dat mensen een hele korte periode kunnen blijven, maar soms ook voor een langere periode.

Deze mensen komen nu in het PPC terecht omdat zij niet op een andere plek goed terecht kunnen:

- ▶ Mensen in preventieve hechtenis moeten vastzitten in detentie. Zij kunnen dus niet in de reguliere GGZ geplaatst worden.
- ▶ Het Huis van Bewaring (HvB) heeft beperkte mogelijkheden voor het bieden van psychiatrische zorg. Zo zijn de groepen veel groter, is er minder (gekwalificeerd) personeel (psychiaters, psychologen en ander (behandel)personeel), de voorzieningen en de setting zijn niet gericht op het bieden van zorg en er kan geen dwangbehandeling worden toegepast (wat ook beheersmatig onderdeel van de reden kan zijn om iemand naar het PPC te plaatsen).

Daarnaast stromen mensen in met een gevangenisstraf, ISD-maatregel of tbs in het PPC

Het overige deel van de patiënten in het PPC stroomt in met een gevangenisstraf (al dan niet in combinatie met een tbs-maatregel), ISD-maatregel of met alleen een tbs-maatregel.¹⁶ Hieronder is het aandeel gedetineerden weergegeven naar strafrechtelijke titel bij opname in het PPC. Daarin zien we dat het aandeel van mensen met een gevangenisstraf de afgelopen jaren licht is afgenomen (van 24,8% naar 19%), terwijl het aantal preventief gehechten enigszins schommelde en mensen met een ISD-maatregel (licht) is toegenomen. Deze ontwikkeling is zichtbaar in de grafiek hieronder.



Figuur 1: Strafrechtelijke titel van gedetineerden bij opname in het PPC.¹⁷

¹⁶ Dit zijn de mensen met een tbs-titel die bijvoorbeeld in afwachting van eventuele omzetting van hun tbs met voorwaarden naar tbs met dwangverpleging zijn teruggeplaatst in detentie.

¹⁷ Alle cijfers in dit onderzoek zijn – tenzij anders vermeld – aangeleverd door de PPC's in de context van dit onderzoek.

Doelgroep naar zorgwaarte

Binnen het PPC wordt een onderscheid gemaakt tussen crisisplekken (FG-zorgwaarte) en reguliere plekken (DE-zorgwaarte). Op de crisisafdeling verblijven patiënten met een ernstig acuut tot chronisch ontregeld toestandsbeeld als gevolg van een ernstige psychiatrische stoornis en/of ernstige persoonlijkheidsproblematiek en/of zwakbegaafdheid. Zij zijn zeer prikkelgevoelig en dit toestandsbeeld veroorzaakt (voortdurend) problemen in het dagelijks functioneren.

In de afgelopen jaren is er stijging – zeker relatief gezien – in het aantal mensen dat in crisis binnenkomt in het PPC. Externe factoren en ontwikkelingen die hieraan bijdragen, beschrijven we in paragraaf 2.3. Er is stijging te zien in het aantal mensen dat met een FG-indicatie binnenkomt in het PPC, van 62,6 – 72,2% tussen 2018-2020.¹⁸ Het grootste deel van de populatie komt dus in crisis binnen in het PPC.

	2018	%	2019	%	2020	%
Totaal aantal opnames	1590	100	1592	100	1442	100
C-indicatie	23	1,4	19	1,2	13	0,9
DE-indicatie	559	35,2	532	33,4	381	26,4
FG-indicatie	996	62,6	1034	65,0	1041	72,2
<i>Onbekend</i>	12	0,8	7	0,4	7	0,5

Tabel 1: Totaal aantal PPC-geplaatsten uitgesplitst naar zorgwaarte: C-indicatie, DE-indicatie, FG-indicatie en onbekend.

Deze stijging is zichtbaar zowel vanuit politiecel of rechtbank met een stijging van 74,9% in 2017 naar 83,8% in 2020, als vanuit PI (GW en HvB gezamenlijk), van 59,2% in 2017 naar 68,2% in 2020.

	2018	%	2019	%	2020	%
Totaal aantal opnames vanuit een politiecel of rechtbank	509	100	533	100	468	100
C-indicatie	3	0,6	4	0,8	4	0,9
DE-indicatie	120	23,6	108	20,3	68	14,5
FG-indicatie	381	74,9	419	78,6	392	83,8
<i>Onbekend</i>	5	1,0	2	0,4	4	0,9

Tabel 2: Aantal PPC-opnames vanuit de politiecel of rechtbank uitgesplitst naar zorgwaarte: C-indicatie, DE-indicatie, FG-indicatie of onbekend.

	2018	%	2019	%	2020	%
Totaal aantal opnames vanuit een reguliere PI	801	100	820	100	782	100
C-indicatie	15	1,9	13	1,6	8	1,0
DE-indicatie	307	38,3	307	37,4	238	30,4
FG-indicatie	474	59,2	499	60,9	533	68,2
<i>Onbekend</i>	5	0,6	1	0,1	3	0,4

Tabel 3: Aantal PPC-opnames vanuit een PI uitgesplitst naar zorgwaarte: C-indicatie, DE-indicatie, FG-indicatie of onbekend.

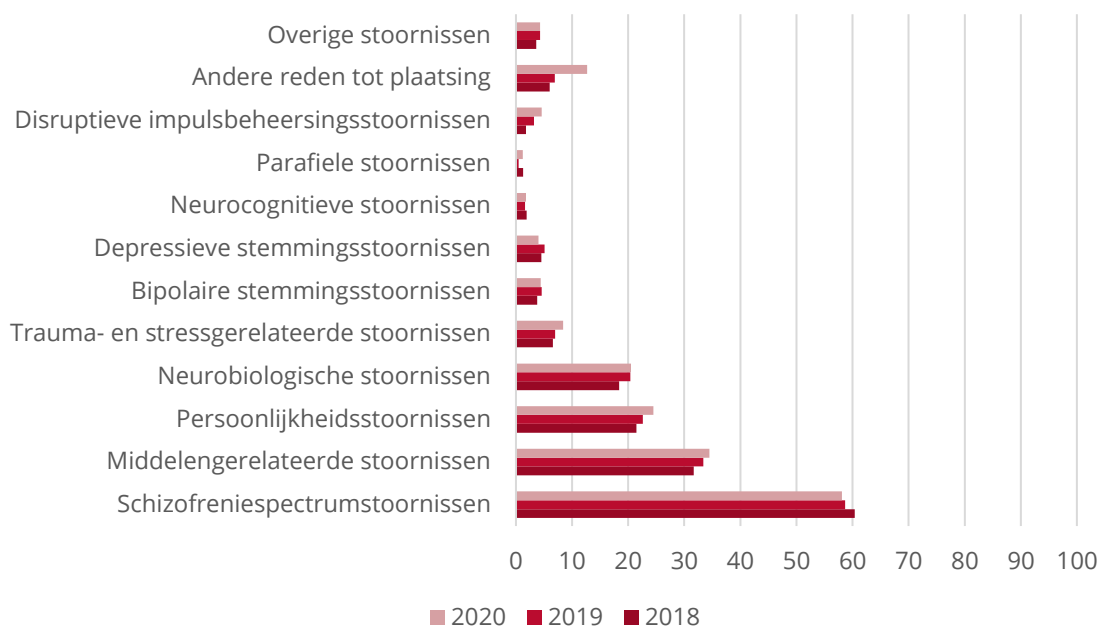
¹⁸ De splitsing naar zorgwaarte werd vóór 2018 nog niet volledig geregistreerd. Om vertekening in het beeld te voorkomen, presenteren we bij deze cijfers alleen de ontwikkeling vanaf 2018.

Psychopathologie

Patiënten in het PPC hebben vaak meervoudige en complexe problematiek

Zoals beschreven is de doelgroep van het PPC de gedetineerde met (ernstige) psychiatrische problematiek. Uit de registratie van de PPC's blijkt dat ca. 56% van de populatie een schizofreniespectrum stoornis heeft, 30,9% een middelengerelateerde stoornis en 24,5% een persoonlijkheidsstoornis. Zoals uit de cijfers blijkt, maar ook zoals gesprekspartners aangeven, is er vaak sprake van comorbiditeit: patiënten hebben meerdere diagnoses tegelijkertijd. Ook heeft 56% van de gedetineerden (vermoedelijk) een licht verstandelijke beperking (LVB).

De psychopathologische problematiek is in de periode van 2018-2020 redelijk stabiel gebleven (zie onderstaande grafiek, die toont dat in deze periode de meest voorkomende stoornissen schizofreniespectrum- en middelengerelateerde stoornissen blijven). De stijging in het aantal patiënten dat in crisis wordt opgenomen, lijkt dus niet voort te komen uit een andere samenstelling in psychische problematiek.



Figuur 2: Psychopathologie (DSM-V) in PPC's (%).

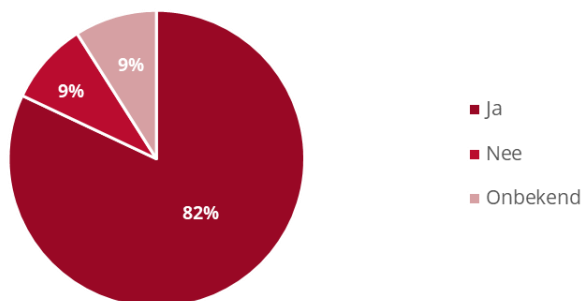
Delictgeschiedenis en -zwaarte

Een groot deel van de patiënten in het PPC is eerder gedetineerd geweest

Zoals te zien in figuur 3 is 82% van de populatie (met zekerheid) al eerder gedetineerd geweest, tegenover 9% van de populatie die geen eerdere delictsgeschiedenis heeft.¹⁹ De ruime meerderheid heeft de afgelopen 5 jaar tussen de 3 en de 10 eerdere veroordelingen gehad.

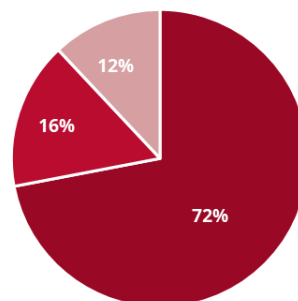
¹⁹ Van de overige 9% van de populatie is dit niet bekend.

Eerder delict



Figuur 3: Percentage (%) PPC-doelgroep met eerder delict (geweld of anders).

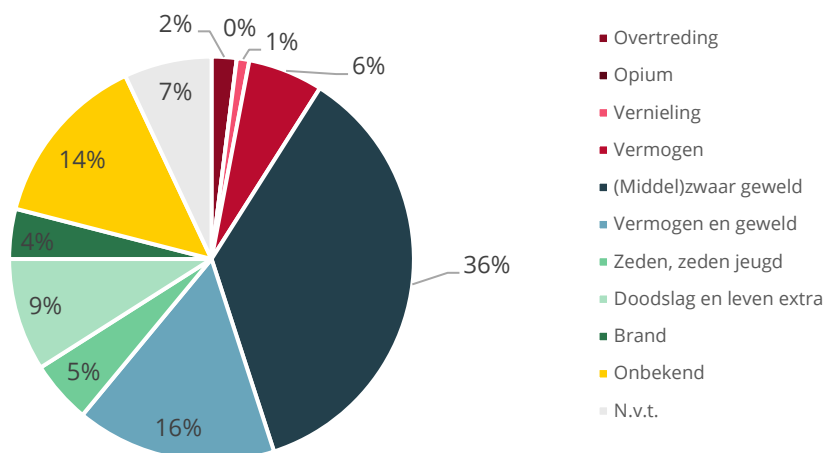
Eerder geweldsdelict



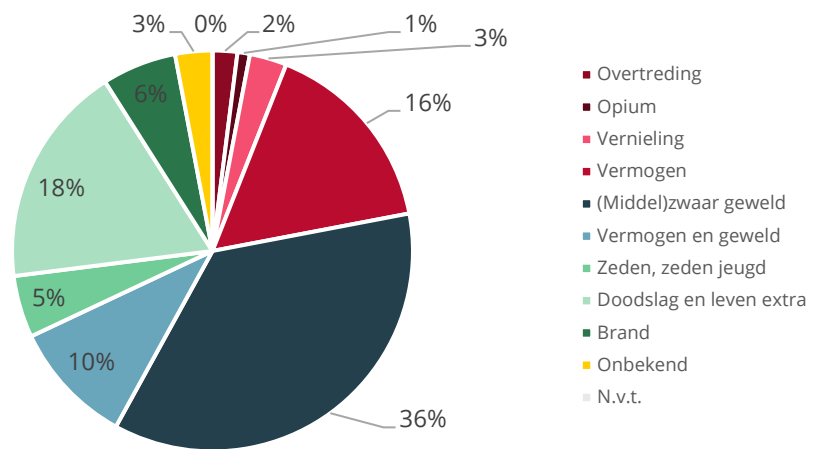
Figuur 4: Percentage (%) PPC-doelgroep met eerder geweldsdelict.

Ook gaat het vaak om een doelgroep met een geschiedenis van agressief gedrag: figuur 4 wijst uit dat 72% van de doelgroep (met zekerheid) eerder al een geweldsdelict heeft gepleegd. Dat is ook zichtbaar in figuur 5 en 6, respectievelijk een weergave van het ernstigste delict in de voorgeschiedenis en het huidige delict. 36% van de doelgroep is momenteel geplaatst in verband met een geweldsdelict en 18% in verband met een levensdelict. Voor de meeste geplaatsten (36%) is een geweldsdelict het ernstigste delict in de voorgeschiedenis.

In veel gesprekken kwamen agressief gedrag en onvoorspelbaarheid naar voren als kenmerken van de doelgroep, zeker op de crisisafdeling. Gesprekspartners vanuit het PPC gaven aan dat het PPC goede mogelijkheden heeft om deze personen te stabiliseren (bijvoorbeeld via dwangmedicatie, maar ook door het bieden van rust en luwte). Deze mogelijkheden zijn er minder in het reguliere GW. Sommige gesprekspartners benoemden dat dit ook betekent dat mensen in enkele gevallen op het PPC wordt geplaatst om voornamelijk beheersmatige redenen. Dit zijn mensen waarvoor de afdeling voor Beheersproblematische Gedetineerden (BPG) te zwaar is of te moeilijk te organiseren, en het reguliere GW of HvB niet genoeg mogelijkheden biedt.



Figuur 5: Ernstigste delict in voorgeschiedenis PPC-geplaatsten.

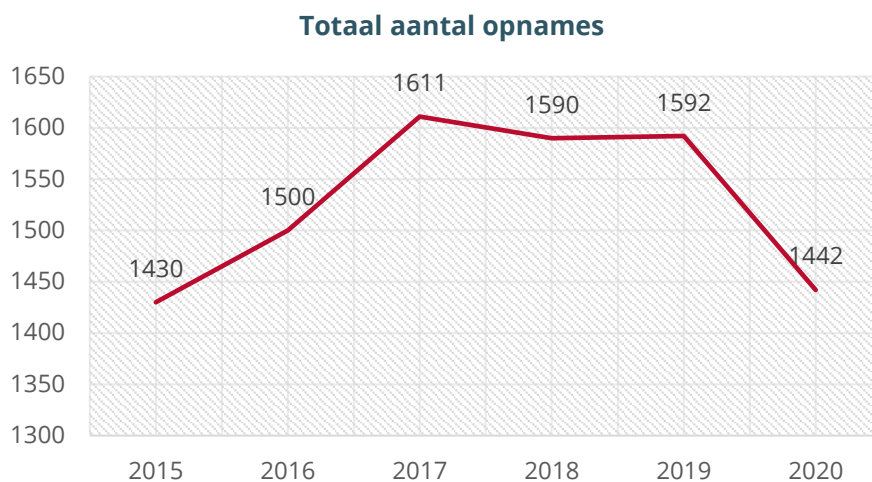


Figuur 6: Ernst huidig delict PPC-geplaatsten.

2.2 Instroom in het PPC: aantallen en herkomst

Tussen 2017-2019 lag het aantal opnames rond de 1600 patiënten

In 2020 is het aantal patiënten lager dan de jaren daarvoor. In figuur 7 is een duidelijke verlaging van het aantal opnames zichtbaar in dit jaar, terwijl in 2017 t/m 2019 de cijfers rond de 1600 patiënten lagen. In gesprek gaven PPC's aan dat dit voornamelijk te wijten is aan de corona-maatregelen en specifiek de lockdown. Door de lockdown waren er ook minder gedetineerden binnen het gevangeniswezen (er was een totale afname van misdrijven en er waren veranderingen bij de rechtbanken en in politie-inzet), en dus ook minder binnen de PPC. Deze afname speelde vooral in het aantal opnames op DE-niveau: een lockdown helpt niet in het voorkomen van een psychiatrische crisis. Ook gaven zij aan in 2020 nog geen grote veranderingen te hebben gezien in de benutte capaciteit in de PPC's en waren er in december nog steeds wachtlijsten. Dit is echter niet zichtbaar in de opnamecijfers – mogelijk omdat de doorstroom naar andere instelling ook stagneerde.



Figuur 7: Totaal aantal opnames in PPC's van 2015-2020.

Het grootste deel van de patiënten stroomt in vanuit de PI zelf (GW of HvB)

In onderstaande tabel is te zien dat grootste groep (54,3%) van de patiënten instroomt vanuit het reguliere gevangeniswezen of het HvB.²⁰ Dat aantal is gedaald door de jaren heen – in 2015 was dit nog 62%. Daar tegenover staat dat de instroom vanuit de politiecel of via de rechter commissaris door de jaren heen is toegenomen van 20,3% in 2015 naar 32,5% in 2020. Het gaat bij beide (zoals beschreven) vaak om preventief gehechte personen met stevige psychiatrische problematiek en daardoor niet op de juiste plek zijn in de politiecel, bij de rechter commissaris of in het HvB.

Zoals beschreven komt ook het overgrote merendeel van de mensen die vanuit de politiecel of rechter commissaris binnenkomen in crisis binnen. Dit zijn mensen die psychiatrisch sterk ontregeld zijn, en daarbij soms door de stressvolle situatie (aanhouding en ingesloten zitten) verder kunnen escaleren. Door hen over te plaatsen naar het PPC ontstaat de mogelijkheid om te stabiliseren en later door te plaatsen.

	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%
HvB, PI regulier	884	62,0	853	57,3	883	55,1	801	50,5	820	51,7	782	54,3
PPC	90	6,3	115	7,7	115	7,2	128	8,1	114	7,2	86	6,0
Na eerder verblijf PPC terugplaatsing uit GGZ	47	3,3	57	3,8	76	4,7	71	4,5	61	3,8	31	2,2
Politiecel, rechtbank	289	20,3	376	25,3	474	29,8	509	32,1	533	33,6	468	32,5
ISD	22	1,5	28	1,9	16	1,0	21	1,3	12	0,8	9	0,6
BPG	7	0,5	15	1,0	14	0,9	21	1,3	12	0,8	15	1,0
Forensische GGZ	30	2,1	13	0,9	10	0,6	24	1,5	24	1,5	35	2,4
Overig	56	3,9	31	2,1	15	0,9	12	0,8	11	0,7	14	1,0
Totaal	1425		1488		1603		1587		1587		1440	
Missing	5		12		8		3		5		2	

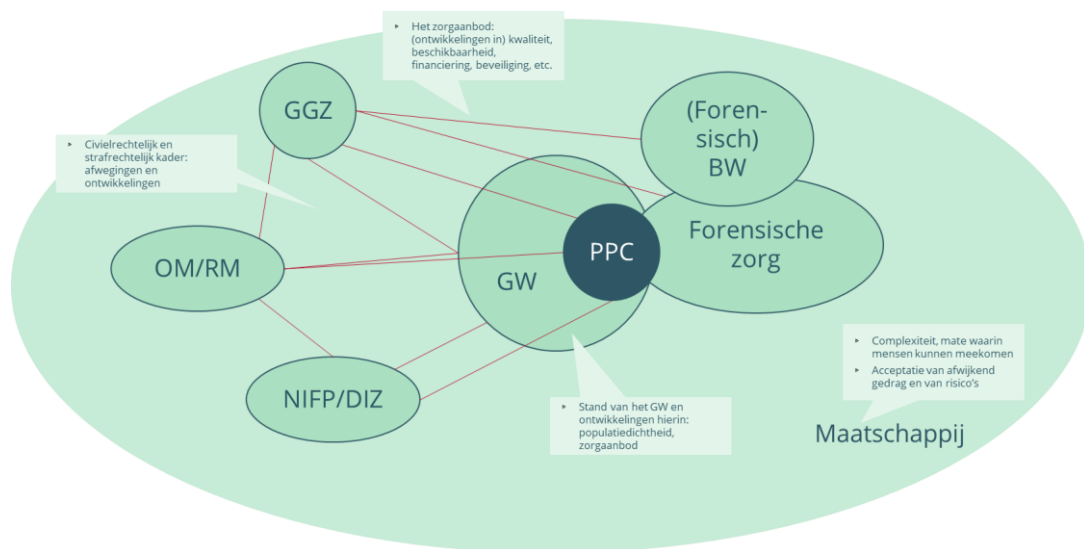
Tabel 4: Instroom gevangeniswezen 2015-2020, uitgesplitst naar HvB/reguliere PI, PPC, terugplaatsing in PPC na GGZ-overplaatsing, politiecel/rechtbank, ISD, BPG, Forensische GGZ, of overig.

Ook is er soms sprake van horizontale overplaatsing (6% van de instroom in 2020) . Dit kan bijvoorbeeld zijn op eigen verzoek van een patiënt of de advocaat vanwege regiobinding, of wanneer een incident heeft plaatsgevonden en vanwege deze geschiedenis een nieuwe start in een ander PPC beter lijkt. Ook wordt een klein deel vanuit (forensische) GGZ-instellingen geplaatst, vanwege nieuw delictgedrag en/of het niet houden aan de gestelde voorwaarden waarna de rechter (opnieuw) een strafrechtelijke titel heeft afgegeven.

2.3 Externe factoren en ontwikkelingen

De bredere context waarbinnen de PPC's zich bevinden is van invloed op de instroom en samenstelling van de doelgroep.

²⁰ Een opsplitsing tussen HvB en GW is niet beschikbaar.



Keuze voor strafrechtelijk kader en/of zorg

Op het moment dat iemand een strafbaar feit pleegt en er sprake is (of lijkt te zijn) van psychiatrie, kan het OM of eventueel de rechter de afweging maken of iemand (alleen) strafrechtelijk vervolgd wordt of dat iemand zodanig ziek is dat deze persoon (ook) in de zorg geplaatst moet worden (bijvoorbeeld via een zorgmachtiging). De verdachte wordt vaak in preventieve hechtenis geplaatst in afwachting van de uitspraak van de rechter, en kan dan eventueel in het PPC geplaatst worden. Dat hoeft niet in alle gevallen te gelden, en ook waar dit wel geldt stroomt de patiënt alsnog sneller uit wanneer wordt gekozen voor toepassing van artikel 2.3 Wfz.

Of en hoe er vanuit OM en rechter wordt gekozen voor strafrechtelijke vervolging bij de mensen die (ook) psychiatrische zorg nodig hebben, heeft dus invloed op de populatie in de PPC's. Aan de ene kant gaat het om **inhoudelijk gemaakte beleidskeuzes en wettelijke kaders**, aan de andere kant gaat het ook om hoe dit **beleid en deze wettelijke kaders worden toegepast en uitwerken in de praktijk**.

Daarin zien we een aantal tendensen die ervoor zorgen dat het OM liever de strafrechtelijke route kiest als dit mogelijk is, wat de druk op de capaciteit in de PPC's kan vergroten. Op basis van de gevoerde gesprekken en bureaustudie zien we hiervoor verschillende redenen:

- ▶ OM en ministerie kunnen de persoon via de strafrechtelijke route **beter in het vizier houden**. De officieren van justitie die we in dit onderzoek spraken gaven aan via een reguliere zorgmachtiging het gevoel te hebben zicht en grip op deze persoon te verliezen. Zij vrezen het risico dat iemand sneller uit beeld verdwijnt wanneer de GGZ verantwoordelijk is en kan besluiten de zorg ambulante te gaan verlenen, of bij afloop geen verlenging van de zorgmachtiging aan te vragen. Dit is weliswaar in lijn met de geest van de Wvvgz, waarin verplichte zorg zoveel mogelijk beperkt wordt, maar kan zorgen oproepen over de veiligheid van de maatschappij.
- ▶ **Financiering en plaatsing zijn makkelijk te organiseren**: forensische zorginstellingen zijn beter ingericht op de meest complexe doelgroep waarbij ook een veiligheidsrisico speelt. Iemand met een zorgmachtiging die eigenlijk een plek met betere beveiliging nodig heeft, kan hier vaak niet terecht, omdat er geen plek is of de financiering vanuit de Zvw dit niet toestaat.
- ▶ Op 1 januari 2020 is de **Bopz vervangen door de Wvvgz en de Wzd**. Ook is artikel **37 Wsr vervangen door artikel 2.3 Wfz**. Dat heeft een aantal veranderingen teweeggebracht in het stelsel. In het veld wordt hierbij onder andere ervaren dat:

- ▶ Zorgmachtiging maximaal 6 maanden geldig is, waardoor er vaker de weg naar de rechter moet worden gezocht voor verlenging dan voorheen, wat ook risico's voor de continuïteit van de zorg kan meebrengen.
- ▶ Wvvgz een doelmatigheidsbepaling bevat: de behandeling moet nog wel een bepaald doel dienen.²¹ Met een hele complexe doelgroep is behandeling echter niet altijd mogelijk: de vraag is wat er met deze doelgroep moet gebeuren.
- ▶ Discussie over welke problematiek voorliggend is ertoe kan leiden dat instanties naar elkaar wijzen. Wanneer sprake is van multi-problematiek, met naast psychiatrie ook een verstandelijke beperking, kan discussie ontstaan of de verstandelijke beperking voorliggend is of de psychiatrische problematiek; en daarmee welke instelling het best geëquipeerd is om de patiënt te behandelen, en welke wet gehanteerd moet worden (Wvvgz of Wzd).
- ▶ Het in de praktijk nog zoeken is: het is nog niet voor iedereen duidelijk hoe het nieuwe systeem werkt. Een aantal gesprekspartners gaf ook expliciet aan dat dit nog tijd nodig heeft.

Stand van het gevangeniswezen en ontwikkelingen hierin

Het stelsel is nu zo vormgegeven dat de expertise, mogelijkheden en capaciteit op het gebied van psychiatrische zorg nu gecentraliseerd zijn binnen de PPC's. In het reguliere GW zijn deze mogelijkheden beperkter. Zo is er geen mogelijkheid om dwangmedicatie toe te dienen, is er minder (behandel)personeel beschikbaar (zie onderstaande tabel met een vergelijking tussen PPC en GW in het aantal detentieplaatsen per psycholoog en psychiater) en zijn de setting en voorzieningen niet ingericht op het behandelen van psychiatrische patiënten.

	Aantal detentieplaatsen per psycholoog	Aantal detentieplaatsen per psychiater
PPC	1 op 4,5 detentieplaatsen	1 op 30 detentieplaatsen
Regulier GW (inclusief EZV)	1 op 130 detentieplaatsen	1 op 537 detentieplaatsen

Het is echter op het moment niet zo dat alle patiënten met psychische problemen, hier ook zorg voor ontvangen in het PPC. Een deel kan ook al worden behandeld in het GW en een ander deel krijgt op het moment geen zorg, omdat de noodzaak niet acuut genoeg is.

PPC's maken onderdeel uit van het GW, en ontwikkelingen hierin hebben dus invloed op de instroom in de PPC's. Een aantal gesprekspartners ervoeren hierin dat:

- ▶ Het gat tussen de GW (ook in de EZV) en PPC erg groot is. Als er een tussenvariant zou bestaan of in GW meer mogelijkheden tot zorg zouden zijn, zou een deel van de lichtere problematiek eerder gesignaleerd en behandeld kunnen worden. Dan zou problematiek minder snel kunnen verergeren en mensen niet de zwaardere zorg in het PPC nodig hebben.
- ▶ Bij de keuze voor doorplaatsing vanuit PI naar PPC's, nemen mensen het feit dat PPC's vaak erg vol zitten, mee in hun afweging om voor iemand een aanvraag te doen voor het PPC. Daardoor wordt niet in alle gevallen deze aanvraag gedaan, ook als ze dit éigenlijk wel zouden willen doen.

Het zorgaanbod in de reguliere GGZ

Ook hoe het zorgaanbod in de reguliere GGZ vorm krijgt, heeft effect op de instroom in de PPC. Hierin zien we een aantal zaken die mogelijk effect hebben op de instroom in de PPC's:

²¹ Wvvgz art. 2.1, lid 3.

- ▶ In de reguliere GGZ bestaan **lange wachtlijsten**,²² waardoor mensen met (ernstige) psychische klachten in sommige regio's een half jaar of langer moeten wachten op zorg. Hierdoor kan problematiek verergeren waardoor zij mogelijk ook (weer) sneller een delict begaan vanuit hun psychische problematiek en sneller in het PPC terechtkomen.
- ▶ In de reguliere GGZ bestaan **beperkte mogelijkheden** om patiënten met agressief gedrag te beheersen. Het aantal beveiligde bedden is beperkt, zeker voor een beveiligingsniveau hoger dan niveau 1. Patiënten die gevaarlijk zijn voor medewerkers of medepatiënten, zijn daardoor moeilijk te beheersen op een reguliere plek. Dat kan leiden tot agressiviteit naar hulpverleners, wat kan leiden tot aangifte, en eventueel uiteindelijk plaatsing in het PPC.
- ▶ Bovendien is de **acceptatie voor agressiviteit** richting zorgmedewerkers beperkt en is er meer aandacht gekomen voor het doen van aangifte ook in de GGZ, waardoor mensen met psychiatrische klachten ook in de gevangenis terechtkomen, en wordt agressief gedrag meer gezien als contra-indicatie bij de volgende opname, of voor behandeling.
- ▶ Deze complexe doelgroep vraagt intensieve zorg en specifieke deskundigheid. Meerdere gesprekspartners – waaronder respondenten uit de reguliere GGZ zelf – gaven aan dat het voor de reguliere GGZ ingewikkeld kan zijn om de juiste **kwaliteit van zorg** te bieden. Dat maakt dat – als het even kan – liever de forensische route wordt gekozen, met mogelijk meer instroom in het PPC tot gevolg. Wanneer dat niet lukt, wordt er soms gesproken over een patiënt die “niet forensisch genoeg” is.

Bredere ontwikkelingen in de maatschappij

Hiernaast spelen ook nog dynamieken in de maatschappij die van invloed kunnen zijn op de instroom in de PPC's. Voor deze ontwikkelingen geldt dat het lastig is om vast te stellen in welke mate deze direct van invloed zijn op de instroom in de PPC's. We beschrijven deze toch hier omdat het belangrijk is te beseffen dat dat het forensische zorgstelsel en de PPC's zich in een bredere context bevinden en dat deze ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op de instroom in de PPC's. We benoemen er een paar die regelmatig naar voren kwamen in het onderzoek:

- ▶ Voor mensen met psychische problematiek of een (licht) verstandelijke beperking, wordt het **steeds moeilijker om mee te komen in de maatschappij**. Dat komt onder andere doordat deze steeds complexer wordt en er steeds hogere eisen worden gesteld aan het (zelfredzaam) functioneren van mensen.²³ Daardoor bestaat het risico dat de problematiek verergerd en/of zij een delict plegen.
- ▶ Daarnaast lijkt er in de maatschappij **steeds minder tolerantie te bestaan voor potentieel gevaar van mensen met psychische stoornissen**.²⁴ Mogelijke verklaringen hiervoor zijn meer aandacht voor veiligheid of een meer beschermende houding ten opzichte van hulpverleners. Toch is er slechts bij 40% van de meldingen van verwarde personen sprake van mentale onrust in combinatie met agressief of overlastgevend gedrag of gedrag gerelateerd aan drugsgebruik. Zoals Bauke Koekkoek stelt roept dat de vraag op of niet eerder moet worden gesproken van 'onbegrepen gedrag'.²⁵
- ▶ Een **lage risicobereidheid in de context van de 'illusie van maakbaarheid'**. In de forensische zorg, de GGZ, maar ook de huidige maatschappij wordt het paradigma dat de wereld 'maakbaar' is steeds dominant, en daarmee ook het idee dat iedereen te genezen is. Op het moment dat er dan toch iets misgaat, betekent dat dat er ook iemand de 'schuldige' is. Dat kan leiden tot een

²² Zie ook: [Feiten en cijfers over de wachttijden in de ggz | Vektis.nl](#)

²³ Zie ook SCP (2020). *Maatwerk in meedoen*. [Maatwerk in meedoen | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)

²⁴ Van der Wolf, Reef en Wams. (2020) *Wie zijn geschiedenis niet kent: een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*, p.60-62.

²⁵ B. Koekkoek. (2019). *De kwestie verwarde personen. Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag*.

lagere risicobereidheid. Dit lijkt zichtbaar in de mate waarin men bereid is om risico's te nemen in uitplaatsing, maar kan ook invloed hebben op de keuzes die worden gemaakt bij het OM of de beslissingen die gemaakt worden rondom het doen van aangifte bij de GGZ.

PPC's hebben zelf beperkte invloed op de instroom

In deze dynamiek speelt verder nog dat de PPC's zélf maar zeer beperkte invloed hebben op de instroom in het PPC. De PPC's mogen patiënten niet weigeren (in principe ook niet als er geen plek is). Als de plekken toch bezet zijn, moet worden gekeken naar de mogelijkheden om een extra patiënt op te nemen, bij instroom vanuit de PI ook afhankelijk van het type plaatsing (crisis, spoed of regulier). Daarbij hebben de PPC's weinig zicht en invloed op wachtlijsten en kunnen hier zelf geen bewuste afweging in maken.

/ 3 Doorstroom

Zoals in het vorige hoofdstuk is besproken, stromen de meeste patiënten (72,2%) in met een FG-indicatie: het hoogste niveau. Naarmate patiënten stabiliseren is het streven dat zij gedurende hun verblijf eerst afschalen naar DE-niveau, en vervolgens doorstromen naar de reguliere PI of het HvB. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het proces van doorstroom binnen het PPC. Het hoofdstuk erna zal in detail ingaan op de uitstroom uit de PPC's (al dan niet terug naar een reguliere afdeling).

3.1 Doorstroom van patiënten binnen het PPC

Het afschalen van patiënten in een PPC gebeurt op vaste momenten

Besluitvorming over afschaling van behandelingsniveau vindt in beginsel plaats tijdens het (wekelijkse) in- en uitstroomoverleg, voorgezeten door de opnamecoördinator. Het gedrag van een patiënt is hiervoor doorslaggevend. Indicatoren zijn dat iemand zelfstandiger wordt en meer genuanceerd in gesprek kan met behandelaren. Patiënten die afschalen zijn gestabiliseerd en vereisen op dat moment geen acute en/of intensieve psychiatrische behandeling meer.

Tussentijds afschalen is ook mogelijk, in overleg tussen de behandelcoördinator en de opnamecoördinator. Dat kan bijvoorbeeld naar aanleiding van een crisisaanmelding waar op dat moment geen plek voor is. Dit levert de opname- en behandelcoördinatoren lastige keuzes op: enerzijds is er een acceptatieplicht voor de nieuwe patiënt, die vaak in crisis is, en tegelijkertijd moet een eventueel besluit tot afschaling voor een patiënt verantwoord zijn. In uiterste gevallen zijn PPC's genoodzaakt de instromer tijdelijk in een isolatiecel te plaatsen tot het moment dat een andere patiënt verantwoord kan worden afgeschaald. Tijdelijke plaatsing in een isoleercel is een uiterst redmiddel, gezien de situatie van een patiënt hier niet gestabiliseerd kan worden. In deze situaties wordt zo snel mogelijk een plaats op de crisisafdeling beschikbaar gemaakt.

Patiënten op de DE-afdeling zijn meer gestabiliseerd en niet meer in crisis, waardoor meer aandacht besteed kan worden aan diagnostiek en behandeling. In lijn met hoe de PI's in brede zin werken, wordt in de PPC's gewerkt vanuit vaste structuren en dagprogramma's. In interviews wordt aangegeven dat deze omgeving een belangrijke bijdrage levert aan het succes van de behandeling in het PPC.

De verblijfsduur is gemiddeld ruim vier maanden

Gedetineerde patiënten verblijven over het algemeen kort in een PPC. De gemiddelde verblijfsduur was in de periode van 2015 tot en met 2019 4,3 maanden, dat gemiddelde is in die periode vrij stabiel. De gemiddelde verblijfsduur van 4,3 maanden is inclusief een relatief kleine groep gedetineerden die langer dan één jaar in het PPC verblijven. Deze groep trekt het gemiddelde aanzienlijk omhoog. De mediaan van de verblijfsduur is 2,5 maanden: ongeveer de helft van de populatie verblijft dus korter dan 2,5 maanden in het PPC.

De grootste groep gedetineerden wordt gevormd door preventief gehechten. Preventief gehechten verblijven gemiddeld 1,7 week langer in een PPC dan het totale populatiegemiddelde, bekeken over de jaren 2015-2019. Hun verblijfsduur wijkt daarmee niet ver af van de gemiddelde verblijfsduur van

de totale populatie.²⁶ Dat is in ieder geval deels logisch te verklaren, omdat zij een groot deel van de totale populatie vormen. Preventief gehechten stromen vaak direct na hun hoorzitting of het vervallen van hun verdenking uit, vanwaar hun verblijf in een PPC zelden van lange duur is (zie hoofdstuk 5 Uitstroom).

Gedetineerden die een PPC instromen tijdens een opgelegde gevangenisstraf verblijven gemiddeld genomen 3,7 weken korter dan de gemiddelde verblijfsduur.²⁷ Mensen die vanuit een gevangenisstraf binnenkomen worden relatief snel doorgeplaatst. Vermoedelijk hangt dit samen met de (vaak) beperktere crisis waarin gedetineerden op deze titel instromen. Zij komen vanuit een reguliere inrichting waar zij meestal al enkele weken tot maanden in stabiele toestand hebben doorgebracht. Daar tegenover staan met name de preventief gehechten, die snel na arrestatie en/of inbewaringstelling zijn ingestroomd en dermate onstabiel zijn dat een PPC-plaatsing noodzakelijk is.

De verblijfsduur neemt toe, naarmate de zorgzwaarte afneemt

De verblijfsduur van een patiënt op een PPC-afdeling verschilt per zorgzwaarte. Gedetineerde patiënten met een DE-indicatie verblijven gemiddeld 17 weken (3,9 maanden) op de DE-afdeling. Op de FG-plekken verblijven patiënten gemiddeld genomen korter, met een periode van 11 weken (2,5 maanden). Een relatief kleine groep verblijft met een C-indicatie in een PPC. Deze groep (pré-passanten) verblijft gemiddeld genomen zeer lang, met een periode van 37 weken (8,5 maanden).²⁸

3.2 Knelpunten in de doorstroom

Patiënten blijven vaak voor korte tijd, wat intensieve behandeling in PPC's bemoeilijkt

Omdat de grootste groep patiënten (zeer) kort in het PPC verblijft, gaat direct bij binnenkomst prioriteit uit naar het vormen van een oordeel rondom het delict- en recidiverisico. Op deze manier is tijdig (voordat een gedetineerde patiënt weer uitstroomt) in kaart gebracht welke vorm van zorg en veiligheid passend is voor een eventueel volgende instelling van verblijf.

PPC's hebben specialisatie opgebouwd in diagnostiek en stabilisatie van crisis. Voor de groep die kortdurend in een PPC verblijft en daarna naar verwachting uitstroomt naar de vrije maatschappij wordt daarbij ingezet op de 'voorwaardelijke sfeer', bijvoorbeeld het in gang zetten van het proces om een zorgmachtiging of crisismaatregel aan te vragen. De verblijfsduur is daarbij geregeld niet goed te voorspellen. Met de kans dat een gedetineerde patiënt onverwacht uitstroomt (bijvoorbeeld door het opheffen van de voorlopige hechtenis) is het vaak weinig effectief om een intensieve behandeling op te starten.

Van de PPC's wordt verwacht dat zij gedurende het verblijf van een patiënt inzetten op behandeling en bijdragen aan het beperken van het recidiverisico. De gemiddelde duur van patiënten en de onvoorspelbaarheid hiervan sluiten echter niet volledig aan op deze verwachting. De PPC's kunnen belangrijke stappen zetten in de behandeling met onder meer medicatie, vaktherapie, en psychoeducatie; de korte verblijfsduur en in sommige gevallen onvoorspelbaarheid van de verblijfsduur maken het inzetten van behandelingen die meer tijd vragen lastig.

²⁶ De cijfers over de verblijfsduur van preventief gehechten geven een enigszins vertekend beeld, omdat de cijfers gaan over justitiële titel bij opname. Gedurende verblijf kan een gedetineerde afgestraft worden.

²⁷ Op basis van cijfers van 2015 t/m 2019.

²⁸ Op basis van cijfers van 2016 t/m 2019.

Voor patiënten die niet doorstromen zijn PPC's geen optimale omgeving

De aanvankelijke focus op crisisplaatsingen maakt dat PPC's minder gericht zijn op de *long stay* patiënten. Voor de kleine groep die relatief lang in een PPC verblijft, geldt dat het PPC potentieel geen optimale behandeling kan bieden. Het gaat hier onder meer om tbs-passanten, die in afwachting van een (passende) plek in een tbs-kliniek in het PPC verblijven. Van hen is bekend dat zij uitstromen wanneer een passende plek beschikbaar is, maar het is niet altijd vooraf duidelijk op welke termijn dat zal zijn.

Voor patiënten die niet meer in crisis zijn, maar wel een duurzame kwetsbaarheid hebben om terug te vallen in ernstige psychiatrische symptomen, is verblijf in een EZV-afdeling niet mogelijk of ideaal. Het PPC is de enige plek binnen het gevangeniswezen met de benodigde expertise, stabiliteit en structuur waar deze patiënten behoefte aan hebben. Voor deze groep speelt de vraag of een alternatieve plek niet beter passend zou zijn, mede omdat PPC's zich veelal focussen op de complexere patiënten. Een alternatieve plek met een gelijkwaardig zorg- en veiligheidsniveau is er niet, waardoor voor deze groep geen passende doorstroom georganiseerd kan worden.

PPC's zijn goed in stabiliseren, maar de stap om af te schalen is soms te groot

PPC's zijn ervaren in het stabiliseren van gedetineerden met complexe psychiatrische problematiek. In gesprekken komt naar voren dat hier de laatste jaren ook stappen in zijn gezet. Het eerder inzetten van medicatie zorgt ervoor dat patiënten beter bereikt worden. De PPC's beschikken over de benodigde deskundigheid om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren.²⁹ Hiermee zijn de PPC's in staat om over het algemeen tijdig en verantwoord patiënten af te schalen. Het beperkte aantal plekken binnen de PPC's leidt er tevens toe dat altijd kritisch gekeken wordt of iemand nog wel noodzakelijk in een PPC hoeft te verblijven, of teruggeplaatst kan worden richting de PI.

Stabiliseren of afschalen van patiënten is niet voor alle patiënten haalbaar. De stap om een patiënt af te schalen van de FG richting de DE-afdeling blijkt in de praktijk soms te groot, ondanks inspanningen binnen het PPC om deze transitie soepel te laten verlopen.

Gezien het relatief lage aantal FG-plekken ten opzichte van de DE-plekken bestaat soms wel de noodzaak om snel af te schalen. De druk om snel patiënten af te schalen brengt risico's met zich mee. Op de DE-afdeling komt een patiënt in een grotere groep terecht met minder verzorgend en verplegend personeel. Wanneer te vroeg wordt afgeschaald kan een patiënt negatieve effecten hebben op de stabiliteit van deze (kwetsbare) groep. Zo kan een instabiele patiënt door bijvoorbeeld onrustig en afwijkend gedrag andere leden van de groep destabiliseren. De PPC's zelf geven aan dat geen patiënten worden afgeschaald wanneer dat de veiligheid in gevaar brengt of kan brengen.

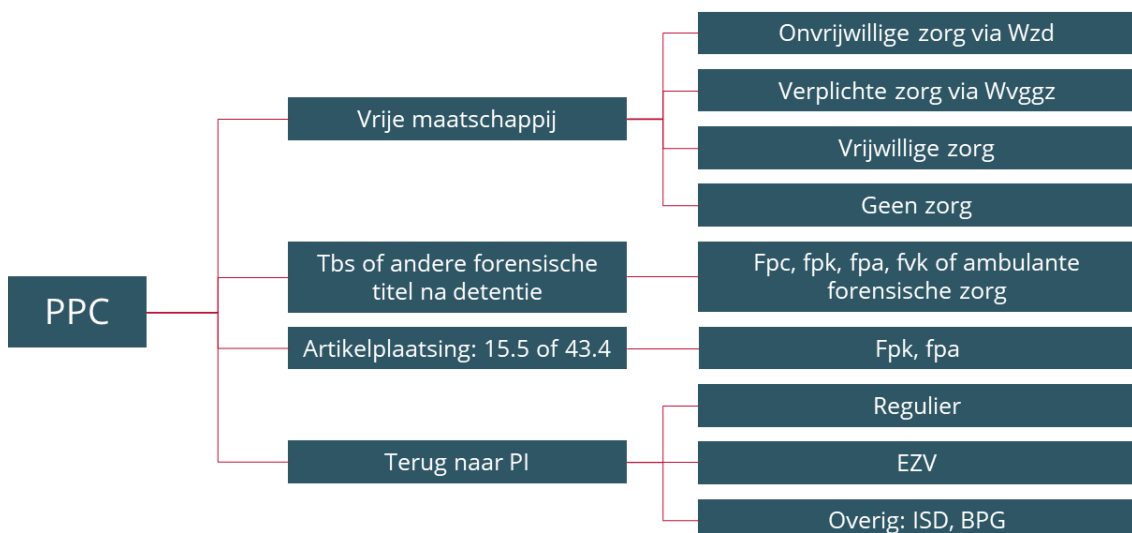
²⁹ Dit wordt door verschillende respondenten van de PPC's zelf aangegeven, maar ook bevestigd in externe rapportages. Zo schrijft de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming in haar *Advies gedetineerden met psychische problematiek* in juni 2018: 'Met betrekking tot de kwaliteit is in de PPC's sprake van volwaardige zorg wat betreft crisisinterventie en stabilisatie van beheersproblematische patiënten.'

/ 4 Uitstroom

Patiënten blijven gemiddeld zo'n 4,3 maand in het PPC. Er zijn vervolgens verschillende redenen waarom patiënten uitstromen, en daarmee verschillende routes voor uitstroom. Op hoofdlijnen zijn er vier verschillende redenen waarom patiënten uitstromen:

- ▶ De patiënt zat in preventieve hechtenis, maar wordt niet vervolgd of veroordeeld, vrijgelaten in afwachting van de rechtszaak of wordt veroordeeld tot een detentieperiode gelijk aan de periode van preventieve hechtenis;
- ▶ De detentieperiode loopt af, mogelijk gevolgd door tbs;
- ▶ De patiënt is voldoende gestabiliseerd, en stroomt uit (al dan niet terug) naar een andere afdeling binnen het gevangeniswezen, bijvoorbeeld een reguliere afdeling, EZV, ISD-afdeling of BPG-afdeling;
- ▶ De patiënt wordt uitgeplaatst naar een instelling voor (forensische) GGZ, via een plaatsing op grond van artikel 15 lid 5 Penitentiaire beginselenwet (Pbw, bedoeld voor psychiatrische zorg tijdens detentie) of 43 lid 4 Pbw (in het kader van detentiefasering).

Afhankelijk van de reden van uitstroom zijn er verschillende uitstroomroutes mogelijk. In dit hoofdstuk bespreken we de verschillende routes, en de knelpunten die zich daarin voordoen.



Figuur 8: Uitstroomroutes vanuit een PPC.

4.1 Uitstroom naar de vrije maatschappij

Een groot deel van de instroom in het PPC bestaat uit preventief gehechten. Een deel daarvan wordt uiteindelijk niet vervolgd, niet veroordeeld, of veroordeeld tot een gevangenisstraf gelijk aan de periode van preventieve hechtenis, en stroomt dus weer uit naar de vrije maatschappij. Voor deze patiënten kan het vertrek plotseling zijn. Als er wordt besloten niet te vervolgen, moet de patiënt dezelfde dag nog in vrijheid gesteld worden. Bij vrijspraak (of oplegging van gevangenisstraf gelijk aan de periode van preventieve hechtenis) is bekend wanneer de rechtszaak plaatsvindt, en wanneer dus *mogelijk* de invrijheidsstelling gelast wordt, maar de uitspraak van de rechter is vooraf niet

bekend. Dat er geen reden meer is om iemand in hechtenis te houden, betekent echter niet dat de patiënt geen zorg meer nodig heeft.

De PPC's werken daarom al vanaf de instroom aan een plan voor vervolgzorg. Daarbij kan sprake zijn van vrijwillige zorg of gedwongen zorg: verplichte zorg onder de Wvvgz, of onvrijwillige zorg onder de Wzd. Daarbij worden diverse knelpunten benoemd door de PPC's:

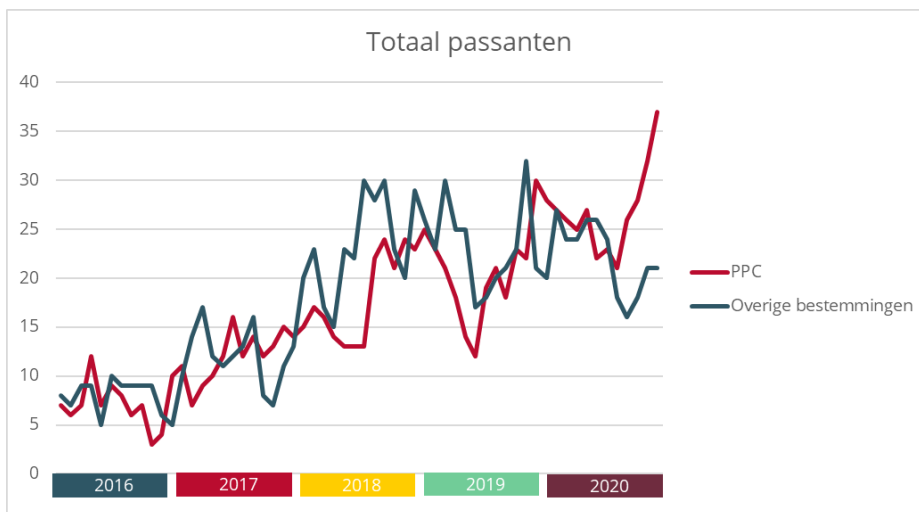
- ▶ Een patiënt terug in zorg krijgen bij de instelling waar hij/zij voor detentie in zorg was lukt vaak niet;
- ▶ Wachtlijsten in de reguliere GGZ en beperkt aanbod voor complexe doelgroep met kans op agressief gedrag;
- ▶ Korte tijdslijnen om een machtiging voor gedwongen zorg te organiseren bij plotselinge invrijheidsstelling;
- ▶ Discussie over verantwoordelijkheid voor aanvragen machtiging.

Daarmee lukt het niet altijd om iemand in zorg te krijgen na uitstroom uit het PPC. Voor hoeveel patiënten dit geldt is niet bekend. Van ongeveer een kwart van de uitstroom uit het PPC waar een gedetineerde met ontslag gaat, is geen nazorgvariabele ingevuld. Dat kan betekenen dat voor deze patiënten geen nazorg gerealiseerd kon worden, maar ook dat nazorg niet nodig was, of wel gerealiseerd is, maar niet goed geregistreerd is.

4.2 Forensische zorg na detentie

Een deel van de patiënten in het PPC stroomt uit naar forensische zorg. Een van de knelpunten in deze uitstroomroute is de beschikbaarheid van tbs-plaatsen. In de afgelopen jaren is het aantal tbs-opleggingen toegenomen, terwijl het aantal beschikbare bedden daalde. Daarmee kwam de beschikbaarheid van tbs-plekken onder druk te staan. Dit is goed zichtbaar in de stijging van het aantal tbs-passanten in zowel de PPC's, als in het gevangeniswezen in brede zin. Onder meer door het realiseren van extra plekken forensisch beschermd wonen streeft het ministerie ernaar de doorstroom vanuit de fpc's, en daarmee de druk in de gehele keten, te verminderen.³⁰

³⁰ Kamerbrief Voortgang forensische zorg, 33 628 nr 81, 12 mei 2021



Figuur 9: Het totaal aantal (tbs)-passanten in PPC's in 2016-2020.

Door het knelpunt in de uitstroom richting tbs is het aantal tbs-passanten over de jaren toegenomen. Dit zet de capaciteit van de PPC's verder onder druk. Ook wanneer de tbs-capaciteit vergroot is, kan verwacht worden dat er een beperkt aantal tbs-passanten in de PPC's zal verblijven; niet iedere tbs-plek is immers hetzelfde, en in sommige gevallen zal dat betekenen dat er nog een korte periode overbrugd moet worden tot een passende plek beschikbaar is. Desondanks suggereren de cijfers dat het aantal tbs-passanten dat gedurende een maand in een PPC verblijft met ongeveer 20 zou kunnen dalen bij voldoende beschikbaarheid van tbs-plaatsen.³¹

Als verdere inzet op het verlagen van de druk op de tbs-capaciteit niet wenselijk is, zou overwogen kunnen worden om explicieter behandeling ter voorbereiding op tbs in het aanbod op te nemen. Daarbij is de vraag of het de behandelbereidheid ten goede komt: enerzijds kan daar expliciet aan gewerkt worden en kan de patiënt wennen aan het therapeutisch klimaat, anderzijds kan het een negatief effect hebben wanneer er net een relatie met een behandelaar is opgebouwd en de behandeling vervolgens voortgezet moet worden op een andere locatie, met andere behandelaren. Een optie zou kunnen zijn om afhankelijk van de verwachte wachttijd in te zetten op specifieke activiteiten, zoals delictanalyse of voorbereiden van een behandelplan, in afstemming met de fpc waar de gedetineerde naar verwachting geplaatst zal worden.

4.3 Artikelplaatsing gedurende detentie: het GGZ, tenzij-principe

Voor psychiatrische zorg gedurende detentie geldt formeel het "GGZ, tenzij"-principe: in beginsel wordt een gedetineerde die zorg nodig heeft die niet binnen het reguliere gevangeniswezen geboden kan worden, in een GGZ-instelling geplaatst, tenzij een of meerdere contra-indicatie(s) van toepassing is/zijn. De wettelijke grondslag hiervoor is artikel 15 lid 5 van de Penitentiaire Beginselenwet (Pwb). Daarnaast kan op grond van artikel 43 lid 4 Pbw een gedetineerde worden uitgeplaatst in de laatste

³¹ Omdat de manier waarop deze cijfers geregistreerd zijn (het aantal tbs-passanten dat op enig moment gedurende een bepaalde maand in een PPC verblijft) afwijkt van de manier waarop andere cijfers die we in het onderzoek hebben verkregen geregistreerd zijn, kan geen precieze berekening gemaakt worden van de invloed hiervan op de totale beschikbare capaciteit

12 maanden van de gevangenisstraf, met als doel om te werken aan resocialisatie. In de praktijk werden deze twee artikelen vaak na elkaar toegepast, door uit te plaatsen met artikel 15 lid 5 Pwb en die om te zetten naar 43 lid 4 Pbw, waarmee in de laatste achttien maanden uitgeplaatst werd om te werken aan resocialisatie.

Naar aanleiding van de casus Michael P. is deze werkwijze doorgelicht, en zijn er verbetermaatregelen aangekondigd. In een recente onafhankelijke toets werd onder meer geconcludeerd dat de meeste maatregelen zijn geïmplementeerd, en daarmee onder meer het zicht op, en de afweging van, risico's verbeterd is. Tegelijkertijd zijn er (mogelijke) negatieve neveneffecten geconstateerd, waaronder de mogelijkheid dat de afname in het aantal uitplaatsingen mogelijk ook betrekking heeft op gedetineerden die daar wel voor in aanmerking zouden moeten komen.

In het huidige onderzoek werd dit door de meeste betrokkenen als ongewenste ontwikkeling benoemd. Daarbij werd aangegeven dat behandeling een belangrijke rol speelt bij het verminderen van recidive, en daarbij dat het kunnen oefenen met vrijheden een belangrijk onderdeel is van die behandeling.

Na de oorspronkelijke afname in het aantal artikelplaatsingen na implementatie van de maatregelen lijkt het aantal weer te stijgen.³² Daarbij moet allereerst opgemerkt worden dat de coronacrisis ook invloed kan hebben gehad op het beperkte aantal uitplaatsingen in 2020. Een netto daling in het aantal artikelplaatsingen (t.o.v. voor 2020) is in lijn met het doel van de aanscherpingen: als er steviger wordt gewogen op risico's, zal vaker besloten worden om geen artikelplaatsing te doen. In de onafhankelijke toets werden verder enkele knelpunten in het proces benoemd, zoals complexe processen en te zware processen. Daarnaast zien we op basis van het huidige onderzoek de volgende factoren die de groei potentieel beperken:

- ▶ Het oefenen met vrijheden is volgens het veld van groot belang voor het succes van de behandeling. In sommige instellingen, zoals de fpa's, wordt er vanuit gegaan dat vrijheden mogelijk zijn, en bestaat er daarom vaak geen volledig dagprogramma. Uitplaatsing op grond van artikel 15 lid 5 Pwb heeft in dat geval mogelijk eerder een negatief (demotiverend) dan een positief effect heeft. Sinds de maatregelen genomen naar aanleiding van Michael P. wordt dan ook niet meer uitgeplaatst naar fpa's op grond van dit artikel.
- ▶ De verantwoordelijkheid van de vestigingsdirecteur is formeel niet veranderd, maar wordt wel zwaarder gevoeld. Dit kwam ook naar voren in de onafhankelijke toets, waarin risicomijdend gedrag werd geconstateerd.

4.4 Uitstroom naar andere afdeling binnen het gevangeniswezen

Vanuit het PPC stromen patiënten ook uit naar andere afdelingen binnen het gevangeniswezen. Daarbij kan het gaan om een plaatsing richting het reguliere gevangeniswezen, als de patiënt voldoende gestabiliseerd is. Als tussenoptie is het mogelijk om een gedetineerde in de Extra Zorg Voorziening (EZV) te plaatsen.³³ Het aantal gedetineerden op een afdeling is daar kleiner dan op een

³² Significant, *Onafhankelijke toets op de implementatie van de verbetermaatregelen: Onderzoek naar de implementatie en effecten van de verbetermaatregelen naar aanleiding van de casus Michael P.*, 2021

³³ Dit besluit kan genomen worden door de vestigingsdirectie zelf, en loopt niet via de selectiefunctionaris van DIZ

reguliere afdeling, en er werken PIW-ers die meer affiniteit met de doelgroep hebben. Zij hebben geen specifieke bij- of nascholing gehad. In tegenstelling tot wat de naam doet vermoeden, wordt er niet per definitie meer zorg geboden. In veel gesprekken in het onderzoek is dan ook aangegeven dat het gat tussen het PPC en het EZV groot is: patiënten zijn soms te “goed” (voldoende gestabiliseerd) voor het PPC, maar te slecht voor de EZV of een reguliere afdeling. Daarmee ontstaat het risico op destabilisatie, en vanuit daar op incidenten.

Een mogelijke rol voor het PPC wordt gezien in het inzetten van hun expertise om de zorg op de EZV's te verbeteren, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van een kenniscentrum. De vraag is of beschikbaar stellen van expertise alleen voldoende is. Een andere genoemde oplossing is het creëren van speciale “EZV+-afdelingen”, die meer zorg bieden dan de bestaande EZV's. Een nadeel daarvan is dat meer verschillende, gespecialiseerde afdelingen ook meer overplaatsingen in de hand werkt; en overplaatsingen kunnen destabiliserend werken. De vraag is ook of meer specialisatie in afdelingen wenselijk is. Een laatste optie die werd genoemd is het creëren van plekken op C-niveau binnen de bestaande PPC's, om daarmee de kloof tussen PPC en EZV (of regulier GW) te verkleinen.

/ 5 De plek van de PPC's in het forensische stelsel

De plek van de PPC's in het forensische stelsel is afhankelijk van onderliggende overtuigingen over het gevangeniswezen en de rol van de forensische zorg daar binnen. Daaruit volgt wat binnen het stelsel de rol van de PPC's is. Op basis van onderliggende afwegingen op twee thema's werken we drie scenario's uit.

5.1 Vooraf: beperkingen in de ruimte om te sturen

In het onderzoek is gekeken naar de plek die de PPC's in horen te nemen in het forensisch stelsel. Daarbij moet allereerst opgemerkt worden dat een groot deel van de doelgroep preventief gehecht is, en dat voor deze doelgroep de ruimte om andere keuzes te maken over de rol van de PPC's erg beperkt is. Ook ontwikkelingen elders hebben invloed op de rol die de PPC's de facto krijgen. In deze paragraaf gaan we in op de belangrijkste factoren die de ruimte om te sturen in de rol van de PPC's beperken, en verkennen we wat dit betekent voor het onderzoek.

5.1.1 Ruimte in het stelsel voor preventief gehechten

Het grootste deel (ca 70%) van de PPC-populatie stroomt in preventieve hechtenis in. Het PPC heeft op het moment dus een belangrijke functie voor de psychiatrische zorg aan deze doelgroep. De vraag welke rol de PPC's in het stelsel horen te hebben, wordt dus te beperkt gezien wanneer het gesprek enkel gaat over de rol en mogelijkheden voor patiënten binnen het PPC met een gevangenisstraf (bijvoorbeeld over artikelplaatsingen en het GGZ, tenzij-principe voor deze patiënten). Ook de rol en mogelijkheden van het PPC met betrekking tot de preventief gehechten is van belang. Belangrijke vragen hierbij zijn: hoeveel speelruimte er überhaupt is om een andere keuze te maken en wat het alternatief zou zijn voor deze doelgroep.

Op dit moment worden patiënten die preventief gehecht zijn niet uitgeplaatst door middel van een artikelplaatsing. Op het moment dat er dus door de rechter-commissaris besloten is een persoon in preventieve hechtenis te plaatsen, en door het NIFP is geoordeeld dat die persoon dermate sterk ontregeld is dat plaatsing in een EZV onvoldoende is, is er geen andere optie in het stelsel dan het PPC.

Als deze patiënten strafrechtelijk vervolgd worden, is het PPC dus de enige optie. Meerdere respondenten hebben daarbij in het onderzoek wel de vraag opgeroepen of een strafrechtelijk traject voor deze doelgroep wel de beste keuze is. In beginsel zijn er alternatieven mogelijk; zo kan het OM de rechter vragen op grond van artikel 2.3 van de Wfz een civielrechtelijke zorgmachtiging (ingevolge artikel 6.5 van de Wvrgz) te verlenen. Doel van deze bepaling was om een betere aansluiting tussen forensische zorg en reguliere GGZ te realiseren. In de praktijk lijkt dit nog niet altijd tot de gewenste resultaten te leiden.³⁴ Ook wordt aangegeven dat geweld binnen de reguliere GGZ steeds vaker tot

³⁴ In het hoofdstuk over Instroom gaan we hier nader op in; zie hoofdstuk 2.3.

aangifte leidt. Beide ontwikkelingen leiden ertoe dat vaker dan voorheen de strafrechtelijke route (verder) gevolgd wordt voor psychiatrische patiënten die verdacht worden van het plegen van een strafbaar feit.

Naast de vraag welke patiënten in preventieve hechtenis instromen, bestaat het vraagstuk over de rol van de PPC's ook uit de vraag welke zorg voor die patiënten geboden wordt. Ook daar geldt voor deze doelgroep dat de ruimte om hier keuzes in te maken beperkt is. De tijd die zij in het PPC verblijven is vaak kort, en de precieze verblijfsduur is vaak moeilijk voorspelbaar. Daarmee ligt de prioriteit bij stabiliseren en organiseren van vervolgzorg. Dit roept ook de vraag op: welke mate van zorg kunnen we voor deze doelgroep verwachten van het PPC?

Bij het bepalen van de rol van de PPC's in het gehele forensische stelsel is het dan ook van belang te realiseren dat de ruimte om te sturen op instroom, uitstroom of zorgaanbod voor een aanzienlijk deel van de populatie beperkt is.

5.1.2 De invloed van externe ontwikkelingen

Externe ontwikkelingen hebben invloed op de rol die de PPC's in het stelsel in (kunnen en moeten) nemen. Daarbij gaat het in eerste instantie om ontwikkelingen in de twee stelsels waar de PPC's beide met één been in staan: het gevangeniswezen en de forensische zorg. Ook ontwikkelingen in de reguliere GGZ, (forensisch) beschermd wonen, de rechtspraak, en de maatschappij als geheel hebben invloed.

Op het moment dat ontwikkelingen elders maken dat patiënten daar niet terecht kunnen of niet goed geholpen kunnen worden, kan een consequentie zijn dat zij in het PPC terecht komen. Soms is die relatie heel zichtbaar, bijvoorbeeld bij een tbs-passant waar nog geen geschikte plek voor is door wachtlijsten voor tbs-plekken.³⁵ In andere situaties is de relatie wat minder zichtbaar, bijvoorbeeld wanneer een persoon onvoldoende geholpen kan worden doordat er geen klinische GGZ-plek beschikbaar is, en de persoon decompenseert en een delict pleegt. In beide gevallen geldt dat het PPC een 'uiterst redmiddel' is: enkel als er een strafrechtelijk feit is begaan, en er geen alternatieven zijn, komt een patiënt in het PPC. Dat maakt dat ook hier de ruimte om te sturen op de rol van de PPC's in het stelsel beperkt is.

5.1.3 Betekenis voor dit onderzoek

Voor een groot deel van de instroom is de keuzeruimte binnen het huidige stelsel dus beperkt, en externe factoren hebben daarnaast ook invloed op de instroom. Een andere rol van de PPC's op deze punten zou vragen om meer fundamentele keuzes over de organisatie van de (reguliere en forensische) GGZ, sturen op de keuze voor een civielrechtelijke of strafrechtelijke route na een delict en keuzes om artikelplaatsingen ook voor preventief gehechten mogelijk te maken. Binnen de context van dit onderzoek lijken dat te verstrekkende keuzes. In het rondetafelgesprek waarin de afwegingen zijn besproken, is door respondenten ook weinig aanleiding gegeven om binnen de context van dit onderzoek op deze fundamentele punten een alternatief voor te stellen. Deze

³⁵ Om de druk op de tbs-plekken te verlagen is het aantal forensische beschermd wonen in 2020 verhoogd met 183 extra plekken, en in 2021 volgen naar verwachting ongeveer honderd extra plekken. Daarmee is de verwachting dat de doorstroom uit de fpc's verbeterd wordt en de druk eerder in de keten afneemt. Zie Voortgangsbrief forensische zorg, 33 628 nr 81.

fundamentele vraagstukken komen bovendien aan de orde in de lopende evaluaties van de Wvvgz en Wzd en van artikel 2.3 van de Wfz.

Voor het onderhavige onderzoek hebben we deze factoren daarom bij het uitwerken van de afwegingen en scenario's beschouwd als gegeven. De ruimte om keuzes te maken omtrent de rol van de PPC's in het stelsel is dus beperkt voor ruim 70% van de patiënten op het moment van instroom. Onderstaande afwegingen richten zich dan ook met name op patiënten die al veroordeeld zijn op het moment van instroom, of gedurende het verblijf in het PPC een gevangenisstraf opgelegd krijgen die langer is dan de periode van preventieve hechtenis.

5.2 Afwegingen die de rol van de PPC's bepalen

Zoals hierboven toegelicht is de ruimte om keuzes te maken in de rol van de PPC's in het stelsel beperkt. Op een aantal punten zijn er echter duidelijke afwegingen aan te wijzen, op basis waarvan aangescherpt kan worden welke opdracht de PPC's zouden moeten krijgen. We bespreken deze afwegingen aan de hand van twee thema's. Per thema lichten we toe wat de afwegingen betekenen voor de opdracht aan de PPC's.

5.2.1 De reikwijdte van forensische zorg in detentie

Een belangrijk thema in de context van de rol van de PPC's in het forensische stelsel is de vraag wat de reikwijdte van forensische zorg in detentie zou *kunnen* en *moeten* zijn. Wat *beogen* we te bereiken, en wat *kunnen* we bereiken, waar het gaat om psychiatrische en forensische zorg gedurende detentieperiode? Daarbij moet vooraf opgemerkt worden dat dit thema met name speelt voor afgestraften; voor preventief gehechten is de keuzeruimte beperkt, zoals besproken in 2.1.1.

Een van de afwegingen binnen dit thema is de vraag **welk doel van detentie prioriteit** krijgt. Het doel van gevangenisstraf is driedelig:³⁶

- ▶ Vergelding: het straffen van de dader voor het overtreden van de wet;
- ▶ Veiligheid van de samenleving: de dader vormt vanuit detentie in beginsel geen gevaar meer voor de maatschappij;
- ▶ Voorkomen van recidive: de maatschappij is erbij gebaat als de dader niet opnieuw de fout in gaat.

In het onderzoek is in verschillende gesprekken aan deze doelen gerefereerd. Daarbij werd duidelijk dat de doelen weliswaar alle drie geaccepteerd en gesteund worden, maar in de praktijk ook op gespannen voet met elkaar kunnen staan. Als in het kader van recidivevermindering een behandeling wordt geboden waarbij het oefenen met vrijheden nodig is, druist dat in tegen het uitgangspunt dat iemand opgesloten moet zitten omdat hij of zij gestraft wordt, danwel nog in het strafrechtelijk vooronderzoek zit. In de gesprekken merkten we dat de prioriteit die door respondenten aan ieder van de drie doelen gegeven werd verschilde. Zo werd met name in gesprekken met respondenten vanuit de forensische zorg sterk de nadruk gelegd op het doel van recidivevermindering. In andere gesprekken werd erop gewezen dat het gaat om personen waarvan een onafhankelijke rechter heeft geconstateerd dat zij tenminste ten dele toerekeningsvatbaar waren, en daarom ook gestraft dienen

³⁶ <https://www.dji.nl/justitiabelen/volwassenen-in-detentie/straffen-en-maatregelen>, laatst geraadpleegd: 20 september 2021

te worden voor het delict dat zij gepleegd hebben. Dat neemt niet weg dat er ook gewerkt kan worden aan recidivevermindering (zeker richting het einde van detentie); het impliceert echter wel dat terughoudend omgegaan zou moeten worden met verlof en vrijheden.

Ook het uitgangspunt van veiligheid van de samenleving is een relevant vraagstuk voor deze doelgroep, en voor de vraag waar zij het beste op hun plek zijn. Voor de veiligheid op lange termijn is het verminderen van het recidiverisico van groot belang. De veiligheid van de samenleving op korte termijn vraagt echter ook om een voldoende beveiligingsniveau gedurende detentie en behandeling.

In alle gevallen moet opgemerkt worden dat het geen vraagstuk is *of* er zorg geboden moet worden aan de doelgroep. De vraag is wel *welke mate* van zorg we vinden dat gedetineerden moeten krijgen. Is dat enkel die zorg die gericht is op het verminderen van het lijden, vergelijkbaar met hoe die zorg buiten de gevangenis geleverd zou kunnen worden? Of is het zinvol om, als er toch zorg geboden wordt, ook gedurende detentie te werken aan een behandeling gericht op het verminderen van recidive (al dan niet door het voorbereiden op vervolgbehandeling elders)?

Als zorg gericht op het verminderen van recidiverisico als waardevol wordt gezien, ontstaat vervolgens de vraag **welke mate van forensische zorg mogelijk is zonder verlof en vrijheden**. Na een eerste fase van stabilisatie, waar de sterk gestructureerde en prikkelarme omgeving in de gevangenis een grote bijdrage aan kan leveren, zal vaak gewerkt worden richting een behandeling waarin de patiënt leert anders om te gaan met bepaalde prikkels of verleidingen. Zo'n behandeling kan, volgens meerdere respondenten in het onderzoek, niet voldoende plaats vinden in een omgeving waar die verleidingen niet aanwezig zijn. In andere instellingen bestaat daarbij de mogelijkheid om te oefenen met verlof of vrijheden; vanuit het PPC kan dit niet.

Daaraan gerelateerd bestaat de vraag in hoeverre het **zinvol en doelmatig is om te starten met forensische zorg gedurende detentie**. Starten met een behandeling waarbij de patiënt na behandeling nog tien jaar gevangenisstraf uit moet zitten, lijkt weinig doelmatig. Daarnaast kan dit zowel positieve als negatieve effecten hebben op de behandelbereidheid. Zo kan de patiënt met onder meer psycho-educatie voorbereid worden op de behandeling elders. Het risico bestaat echter ook dat de behandelbereidheid van de patiënt negatief beïnvloed wordt als hij net een goede band met een therapeut heeft opgebouwd, en dan overgeplaatst wordt naar bijvoorbeeld een tbs-kliniek. Het uitvoeren van een delictanalyse is ingewikkelder naarmate het delict langer geleden is; dit zou ervoor pleiten om bij een lange gevangenisstraf toch eerder met behandeling te starten.

Deze overwegingen en de consequenties daarvan voor de plek van de PPC's in het stelsel bestaan niet volledig los naast elkaar, maar beïnvloeden elkaar. Op het moment dat bijvoorbeeld de balans neigt naar vergelding, met recidivevermindering als secundair doel, en de beperkingen aan forensische zorg zonder verlof of vrijheden als groot worden gezien, zal de consequentie zijn dat het PPC zich met name moet richten op stabilisatie en doorplaatsing. Bij het uitgangspunt dat forensische zorg wel mogelijk is zonder verlof of vrijheden, ligt het echter meer voor de hand om in het PPC wel stevig in te zetten op forensische zorg, ook wanneer de balans licht neigt naar vergelding; de bijdrage aan het doel van recidivevermindering gaat dan immers niet 'ten koste' van de vergelding.

In onderstaand figuur staan de belangrijkste afwegingen en voor de hand liggende consequenties voor de rol van de PPC's in het stelsel weergegeven.



Figuur 10: Consequenties van afwegingen op doelen van detentie en wel/geen forensische zorg mogelijk zonder verlof en vrijheden.

5.2.2 Hoe passend moet het aanbod zijn?

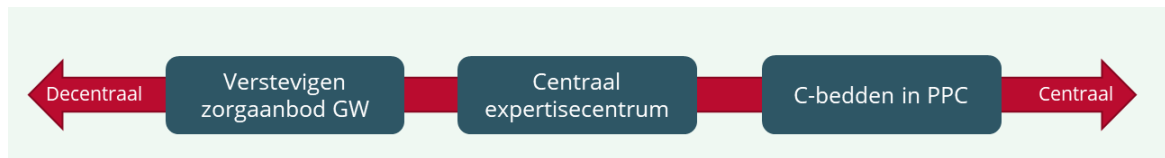
Een tweede thema richt zich op de mate waarin het aanbod voor iedere gedetineerde sluitend moet zijn. In het onderzoek kwam vaak naar voren dat een gat wordt ervaren tussen het reguliere gevangeniswezen en de EZV enerzijds, en het PPC anderzijds. Dit maakt dat sommige gedetineerden onnodig escaleren, omdat ze niet laagdrempelig (op een reguliere of EZV-afdeling) de juiste zorg kunnen krijgen, maar pas overgeplaatst worden naar een PPC als de problematiek geëscaleerd is. Ook is het soms lastig om gestabiliseerde patiënten terug te plaatsen, omdat ze in het PPC stabiel zijn maar nog niet de overgang naar een EZV of reguliere afdeling aankunnen. Dit betekent in de praktijk dat patiënten na uitplaatsing weer terugkeren naar het PPC, omdat de overstap toch te groot bleek en een incident plaatsvond.

Een centrale afweging op dit thema is de vraag **hoe sluitend het aanbod moet zijn**. In de praktijk heeft ieder systeem, met afdelingen op basis van een categorisering, mensen die *nét* niet in het ene en *nét* niet in het andere hokje passen. Een systeem is vrijwel nooit volledig passend te krijgen. Dat roept de vraag op wanneer we vinden dat het goed genoeg is, en hoe zich dat verhoudt tot de huidige situatie.

Als op deze afweging de conclusie is dat het aanbod nu niet sluitend genoeg is, is de vervolgvraag **waar dit opgelost moet worden**; en daarmee wat de rol van het PPC hierin is. Het ene uiterste is het volledig **decentraal oplossen**. Dit kan door het verstevigen van het zorgaanbod in het reguliere gevangeniswezen, bijvoorbeeld door de introductie van een 'EZV+-' afdeling of het verstevigen van de bestaande EZV. Dit heeft als voordeel dat escalaties en overplaatsingen naar (en van) het PPC voorkomen kunnen worden. Gezien de beperkte omvang van de doelgroep bestaat het risico dat deze variant relatief duur wordt, omdat algemene kosten om de voorziening georganiseerd te krijgen en beschikbaar te houden over een kleine groep patiënten verdeeld moeten worden.

Het andere uiterste is het **volledig centraal** bij de PPC's op te lossen, door patiënten eerder over te plaatsen naar het PPC, en ze pas terug te plaatsen als ze nog verder gestabiliseerd zijn. Dit vraagt om een toename in de capaciteit van de PPC's, bijvoorbeeld door het aantal plekken op C-zorgzwaarte te vergroten; een niveau waar in de PPC's nu maar een zeer beperkt aantal bedden voor is.

Een tussenoptie is deze patiënten zoveel mogelijk op de reguliere afdelingen te houden, maar vanuit een **centraal expertisecentrum** de medewerkers op de reguliere afdelingen beter te ondersteunen in het begeleiden van deze patiënten. Dan kan het bijvoorbeeld gaan om meer consultatie over specifieke patiënten. Ook kunnen hier cursussen voor de medewerkers op deze afdelingen ontwikkeld worden, zodat zij beter in staat gesteld worden om problematiek te herkennen en er op de juiste manier mee om te gaan. Het PPC is goed gepositioneerd om een dergelijke rol als kenniscentrum op te pakken. Logischerwijs vraagt ook dit iets van de capaciteit.



Figuur 11: Drie mogelijkheden om sluitende zorg te realiseren voor patiënten in de forensische zorg.

5.3 De rol van de PPC's in drie scenario's

Er zijn, zoals in de vorige paragraaf omschreven, verschillende afwegingen die invloed hebben op de rol die de PPC's in het forensische stelsel zouden moeten innemen. In deze paragraaf lichten we toe welke scenario's er op hoofdlijnen denkbaar zijn. De afwegingen rondom de wenselijkheid en (on)mogelijkheid van forensische zorg in een detentiesetting nemen we daarbij als uitgangspunt, en verbinden we aan de afweging rondom de mate waarin het aanbod sluitend moet zijn, en hoe dat het best te realiseren is. Daarbij geven we een aanzet voor logische combinaties van keuzes op beide afwegingen; variaties hierin zijn denkbaar.

Het doel van het omschrijven van de scenario's is om besluitvorming te faciliteren, door inzichtelijk te maken waar verschillende keuzes toe zouden leiden. Per scenario geven we een korte introductie van de achterliggende keuzes die tot dit scenario zouden leiden. Vervolgens geven we aan wat binnen dit scenario de rol is van de PPC's. We gaan daarbij met name in op de punten die onderscheidend zijn of afwijkend van de huidige situatie en/of van de andere scenario's. Het PPC zal bijvoorbeeld in alle scenario's ook iets doen aan het organiseren van vervolgzorg; omdat dit in alle scenario's speelt, benoemen we dat niet overal expliciet.

Tot slot geven we een indicatie van wat dit betekent voor de randvoorwaarden voor de PPC's om kwalitatief goede zorg in een veilige omgeving te kunnen bieden. Daarbij moet opgemerkt worden dat het gaat om eerste overzicht van de *belangrijkste aanvullingen* in randvoorwaarden t.o.v. de huidige situatie. Dit is gebaseerd op een eerste inschatting. We adviseren bij de gesprekken over keuze voor een scenario ook aandacht te besteden aan de randvoorwaarden en uitvoeringsconsequenties (inclusief kosten), en bij keuze een implementatieplan op te stellen, waarin dit in meer detail uitgewerkt wordt.

Voor alle scenario's geldt dat een **belangrijke randvoorwaarde** voor een succesvolle uitvoering is dat er een heldere keuze gemaakt wordt, die ook extern gecommuniceerd wordt, en waarbij de intentie is dat dit voor de nabije toekomst vast staat. Dit geeft de benodigde rust en ruimte voor de PPC's om positie in te nemen en zich te richten naar de opdracht die zij krijgen. Om die redenen zijn onderstaande scenario's ook scherp omschreven. Dit betekent niet perse dat er geen varianten op onderstaande scenario's mogelijk zijn; maar vooral dat het gesprek tussen het ministerie, DJI en de PPC's leidt tot voldoende scherpe besluitvorming, waar geen verwarring meer over kan bestaan.

5.3.1 Scenario 1: Inzetten op forensische zorg binnen PPC

Het uiteindelijke doel van het strafrechtstelsel is het veiliger maken van de samenleving. Detentie draagt daar op verschillende manieren aan bij. Met het opleggen van straf wordt de boodschap afgegeven dat de maatschappij het overtreden van wetten en regels niet accepteert. Uiteindelijk heeft het verminderen van recidive echter het grootste effect op de veiligheid van de samenleving op lange termijn. Omdat een psychiatrische stoornis vaak (direct of indirect) bijdraagt aan delictgedrag, is de kans groot dat de delinquent zonder behandeling na detentie opnieuw de fout in gaat. Daarom zou de hoogste prioriteit, zeker voor deze doelgroep, moeten liggen op recidivevermindering. Dat betekent stevige inzet op forensische zorg.

Tegelijkertijd mag dit niet ten koste gaan van de veiligheid van de maatschappij op korte termijn. Richting het einde van detentie is oefenen met verlov en vrijheden weliswaar zinvol, maar ook daarvoor kan al veel gedaan worden om het recidiverisico te verminderen, zonder de risico's voor de maatschappij te vergroten. Er kan in die periode onder meer gewerkt worden aan delictanalyse, trauma-behandeling en vergroten van de behandelbereidheid voor de periode na detentie, met een positief effect op de zorg na deze periode (bijvoorbeeld in een tbs-kliniek of een reguliere ggz-instelling). De PPC's hebben in de afgelopen periode ook laten zien hierin aanvullend aanbod te kunnen ontwikkelen, passend bij hun specifieke kaders.

Om binnen detentie te werken aan recidivevermindering is een sluitend zorgaanbod van belang, om te voorkomen dat een patiënt die goede voortgang heeft behaald destabiliseert doordat het gat tussen het PPC en de EZV te groot is. Daarbij kan het om voldoende resultaat te behalen in het verminderen van het recidiverisico nodig zijn om een patiënt verder te behandelen, nadat hij al zodanig gestabiliseerd is dat hij eigenlijk geen bed op zorgzwaarte D meer nodig heeft. Daarmee ligt het voor de hand om het huidige gat tussen PPC en EZV te dichten door bij de PPC's een aantal plekken op zorgzwaarte C mogelijk te maken, waar de patiënt iets langer behandeld kan worden voordat hij of zij wordt teruggeplaatst naar een EZV of reguliere afdeling.

Rol van het PPC

De PPC's hebben in dit scenario de volgende rol:

- ▶ Stabiliseren van patiënten die in crisis verkeren;
- ▶ Verminderen van recidive door ex-gedetineerden met psychiatrische problematiek, door gedurende detentie stevig in te zetten op behandeling.

Randvoorwaarden en uitvoeringsconsequenties

Om bovenstaande rol te kunnen vervullen, moet aan verschillende randvoorwaarden worden voldaan. Zoals eerder benoemd zou hier na het gesprek over de gewenste rol een uitgebreidere analyse van gemaakt moeten worden, maar gedacht kan worden aan de volgende randvoorwaarden:

- ▶ Concretiseren van de behandelingen die binnen detentie mogelijk zijn, en wat ook niet kan, en op basis daarvan aanscherpen van het behandelaanbod passend bij dit scenario;
- ▶ Steviger inzetten op recidivevermindering vraagt opbouw van extra expertise (door werving en/of scholing van personeel) om de genoemde behandelingen te kunnen bieden;
- ▶ Verhoging van de capaciteit op de PPC's, omdat patiënten langer verblijven;
- ▶ Opbouw van een aantal plekken op C-niveau;
- ▶ Verhoging van het aantal behandelminuten per week per patiënt, om meer behandeling gericht op verminderen van het recidiverisico mogelijk te maken.

5.3.2 Scenario 2: “GGZ, tenzij” en PPC als kenniscentrum

Het uiteindelijke doel van het strafrechtstelsel is het veiliger maken van de samenleving. Detentie draagt daar op verschillende manieren aan bij. Met het opleggen van straf wordt de boodschap afgegeven dat de maatschappij het overtreden van wetten en regels niet accepteert. Uiteindelijk heeft het verminderen van recidive echter het grootste effect op de veiligheid van de samenleving op lange termijn. Omdat een psychiatrische stoornis vaak (direct of indirect) bijdraagt aan delictgedrag, is de kans groot dat de delinquent zonder behandeling na detentie opnieuw de fout in gaat. Daarom zou de hoogste prioriteit, zeker voor deze doelgroep, moeten liggen op recidivevermindering.

Dat betekent stevige inzet op forensische zorg. Dat kan – zo is de veronderstelling op deze afweging in dit scenario – niet zonder te kunnen oefenen met verlof en vrijheden: stapsgewijs oefenen met verleidingen en moeilijke situaties is nodig om blijvend nieuw gedrag aan te leren. Dat betekent dat gedetineerden met psychiatrische problematiek zoveel mogelijk uitgeplaatst moeten worden naar forensische zorginstellingen.

In dit scenario is het uitgangspunt daarmee dat patiënten met psychiatrische problematiek bij voorkeur uitgeplaatst worden via een artikelplaatsing. In sommige gevallen zal dat niet mogelijk zijn, bijvoorbeeld als het risico voor de maatschappij te groot is. Er wordt dus eigenlijk weer gewerkt met het GGZ, tenzij-principe: uitplaatsing, tenzij er sprake is van een contra-indicatie.

Een focus op recidivevermindering vraagt om een zo sluitend mogelijk aanbod voor personen met psychiatrische problematiek. Om de capaciteit op het PPC optimaal in te zetten zou in dit scenario gekozen kunnen worden om het PPC daarnaast in te zetten als kenniscentrum, dat de EZV's in reguliere PI's opleidt en ondersteunt in de omgang met gedetineerden met psychiatrische problematiek. De PPC's blijven ook de behandeling verzorgen voor gedetineerden die niet uitgeplaatst kunnen worden, bijvoorbeeld vanwege contra-indicaties (zoals hoog risico) of omdat de patiënt preventief gehecht is. Daarmee wordt in dit scenario het aantal plekken in het PPC zelf beperkt, maar tegelijkertijd op alle punten maximaal ingezet op het beschikbaar stellen van de juiste expertise.

Rol van het PPC

- ▶ Stabilisatie van gedetineerden in psychiatrische crisis;
- ▶ Inzet op recidivevermindering in PPC voor gedetineerden die niet uitgeplaatst kunnen worden;
- ▶ Inzet van expertise ter ondersteuning van EZV's in de omgang met gedetineerden met psychiatrische problematiek om escalatie te voorkomen;
- ▶ Inzet van expertise voor goed onderbouwde risico-inschattingen, om te bepalen welke gedetineerden (al dan niet vanuit het PPC) kunnen worden uitgeplaatst richting een forensische zorginstelling buiten de PI.

Randvoorwaarden en uitvoeringsconsequenties

Op hoofdlijnen voorzien we voor dit scenario de volgende randvoorwaarden en uitvoeringsconsequenties:

- ▶ Capaciteit in aantal bedden hoeft niet vergroot, omdat weer meer patiënten uitgeplaatst worden; op termijn kan de capaciteit mogelijk licht dalen;³⁷
- ▶ Extra inzet van personeel is nodig om expertise vanuit het PPC beschikbaar te stellen aan de reguliere PI's;
- ▶ Extra capaciteit (psychologen en psychiaters) en expertise (ook voor bijvoorbeeld PIW'ers) op EZV's om daar meer en betere zorg te kunnen leveren;
- ▶ Om meer artikelplaatsingen te realiseren moet kritisch gekeken worden naar (het effect van) de maatregelen naar aanleiding van Michael P. Daarbij gaat het deels om het proces, dat onbedoelde negatieve neveneffecten lijkt te hebben (zoals ook besproken in de onafhankelijke toets op de implementatie), maar ook om keuzes en uitgangspunten rondom vrijheden;
- ▶ Capaciteit in de bredere forensische zorg vergroten.

5.3.3 Scenario 3: Stabilisatie en terugplaatsen

Gekozen richting in bovenstaande afwegingen

Het strafrechtstelsel heeft ten doel de veiligheid van de maatschappij te verhogen. In het stelsel zijn verschillende routes ingericht om forensische zorg te kunnen organiseren, die daarmee leiden tot vermindering van recidive. Het grote verschil van detentie met deze routes is dat, op last van een onafhankelijke rechter, is besloten dat de persoon in kwestie tenminste gedeeltelijk toerekenbaar is en daarom ook gestraft moet worden voor het delict; en dat de maatschappij beschermd dient te worden tegen de persoon in kwestie. Ook voor preventief gehechten geldt dat een onafhankelijke rechter heeft besloten dat er voldoende aanleiding is om de vrijheid te benemen, waar veiligheidsoverwegingen een belangrijke rol in kunnen spelen.

Het uitgangspunt is dus dat een persoon in detentie verblijft, als straf en om een voldoende beveiligingsniveau te garanderen. Op het moment dat er in die detentieperiode sprake is van lijden door ziekte, vinden wij als maatschappij dat vanuit het oogpunt van menselijke waardigheid zorg geboden is, in lijn met internationale verdragen en regelgeving op het gebied van mensenrechten. Dit geldt niet enkel voor somatische ziekten, maar ook voor psychiatrische problematiek. Ook kunnen psychiatrische toestandsbeelden leiden tot gevaar voor de directe omgeving van de patiënt. De behandeling zou zich daarbij echter moeten beperken tot de kern, namelijk het verminderen van het lijden en van het gevaar voor de patiënt en zijn omgeving. De PPC's moeten zich dus richten op stabilisatie, tot het punt waarop verdere behandeling ter voorkoming van het lijden in de reguliere PI kan plaatsvinden. Daarbij zal mogelijk ook een positief effect behaald worden op het verminderen van recidive, omdat de patiënt gestabiliseerd wordt en mogelijk ook meer open staat voor behandeling na detentie, maar dat is niet de opdracht.

Daarmee wordt in dit scenario gekozen voor een sober zorgaanbod binnen de PI. Het aanbod per gedetineerde is daarbij helder: de PPC's leveren stabiliserende zorg. In lijn met het uitgangspunt van een sober zorgaanbod wordt het huidige aanbod in de reguliere PI (al dan niet op een EZV) in combinatie met de zorg die geleverd kan worden in het PPC als voldoende sluitend gezien: in enkele

³⁷ Verandering in werkwijze kost echter tijd, en de capaciteit kan door externe ontwikkelingen alsnog onder druk komen te staan. We adviseren daarom in dit scenario om de capaciteit niet direct in te perken, maar eerst enige periode te monitoren.

individuele gevallen zal het gat mogelijk te groot zijn, maar voor een voldoende grote meerderheid is het systeem passend.

Rol van het PPC

De PPC's hebben in dit scenario de volgende rol:

- ▶ Stabilisatie van gedetineerden in psychiatrische crisis;
- ▶ Effect op recidive als mogelijke bijvangst, maar geen expliciete opdracht;

Randvoorwaarden

Om bovenstaande rol te kunnen vervullen, moet aan volgende randvoorwaarden worden voldaan:

- ▶ De capaciteit hoeft naar verwachting niet te stijgen. Structureel monitoren van de druk op de plekken blijft wel van belang.
- ▶ Monitoren van het aantal patiënten dat na terugplaatsing in een EZV destabiliseert en opnieuw in een PPC terecht komt zou zinvol zijn³⁸. In beginsel wordt in dit scenario uitgegaan van een sober zorgaanbod, maar wanneer het aanbod toch onvoldoende sluitend is en dit een destabiliserend effect heeft, wordt daarmee het primaire doel van het PPC (in dit scenario) teniet gedaan.
- ▶ In dit scenario geldt meer dan in andere scenario's dat heldere communicatie over de keuzes naar andere partijen van groot belang is, om te voorkomen dat de verwachtingen die partijen hebben van de rol van het PPC (mede naar aanleiding van Michael P. en de recent ingevoerde Wet Straffen en Beschermen) afwijken van de opdracht die zij hebben gekregen.

³⁸ Op een aantal punten vindt monitoring al plaats; we noemen het in dit scenario nog specifiek, omdat informatie vanuit de monitoring in dit scenario potentieel aanleiding kan geven tot aanpassing van de keuzes op termijn.

/ A Bijlage: Gesprekspartners

In het onderzoek hebben we met diverse partijen gesproken. Graag willen we hen allen hartelijk danken voor de deelname aan het onderzoek. In de tabel hieronder is een verkort overzicht weergegeven van de gesprekspartners die in het onderzoek betrokken zijn.

Partij	Specificatie
DJI	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Divisie Individuele zaken ▶ Divisie Forensische zorg ▶ Divisie Gevangeniswezen
GGZ-instellingen	Reguliere GGZ-instelling
Forensische zorginstellingen	FPC, FPK en FPA
Ministerie van Justitie en Veiligheid	
NIFP	
NVvP	
OM	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Officier van Justitie ▶ Parketsecretaris
PPC's: diverse functies verdeeld over de vier locaties	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Behandelcoördinator ▶ Casemanager ▶ Directeur Zorg en Behandeling ▶ GZ-psycholoog ▶ Maatschappelijk werker ▶ Opnamecoördinator ▶ Quality controller ▶ SPV-er ▶ (Plv) Vestigingsdirecteur
Rechtspraak	
Reguliere PI	