

# GEZONDHEIDSZORG IN HET GEVANG



# Gezondheidszorg in het gevang

*Onderzoek naar vraag en aanbod van  
justitiële tweedelijns gezondheidszorg*

Mary van den Wijngaart  
Bob Post

De particuliere prijs van deze uitgave € 10,-  
Deze uitgave is te bestellen bij het ITS, 024 - 365 35 00.  
Foto omslag: Flip Franssen

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Wijngaart, Mary van

Gezondheidszorg in het gevang. Onderzoek naar vraag en aanbod van justitiële tweedelijns gezondheidszorg / Mary van de Wijngaart & Bob Post - Nijmegen: ITS  
Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie.

ISBN 978 – 90 - 5554 - 309 - 8

NUR 860

Projectnummer: 2006685

© 2007 ITS, Radboud Universiteit Nijmegen, WODC, Ministerie van Justitie

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het ITS van de Radboud Universiteit Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

# Voorwoord

Het onderzoek naar vraag en aanbod in de justitiële tweedelijnszorg is uitgevoerd in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum van het ministerie van Justitie. Het onderzoek werd begeleid door een commissie bestaande uit:

Dr. D. De Bakker, NIVEL (voorzitter).

Mw. D.M.C. Eijkenboom, DJI, Ministerie van Justitie.

Drs. M. Kruissink, WODC, Ministerie van Justitie.

Dr. K. Putters, Tilburgse school voor Politiek en Bestuur.

Mr. R.I. Sepers, DSP, Ministerie van Justitie.

De onderzoekers willen de leden van de begeleidingscommissie bedanken voor hun kritische en constructieve bijdragen aan het onderzoeksproces en de totstandkoming van dit rapport.

Het onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de bereidwillige medewerking van de medische diensten die nauwgezet de enquête en de registratieformulieren hebben ingevuld, ondanks de werkdruk tijdens de zomervakantie. Een woord van dank geldt ook de personen die de onderzoekers te woord hebben gestaan tijdens een reeks van interviews bij de medische diensten van de justitiële inrichtingen, het penitentiair ziekenhuis, GGD'en, forensische maatschappen, DJI en burgerziekenhuizen.

November 2006

Mary van de Wijngaart

Bob Post



# Inhoudsopgave

<b>1 Vraagstelling en opzet onderzoek</b>	1
1.1 Achtergronden onderzoek	1
1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen	3
1.3 Onderzoeksmethode	5
<b>2 Regelgeving en aanbod justitiële tweedelijnszorg</b>	9
2.1 Recht op tweedelijnszorg voor gedetineerden	9
2.2 Regelgeving ten aanzien van verwijzing in de justitiële tweedelijnszorg	10
2.3 Opnamebeleid penitentiair ziekenhuis	11
2.4 Aanbod penitentiair ziekenhuis	12
<b>3 Verwijzing naar de tweedelijnszorg in de praktijk</b>	17
3.1 Verwijzingsprocedure	17
3.2 Verwijzing naar het penitentiair ziekenhuis	19
3.3 Verwijzing naar burgerziekenhuizen	22
<b>4 Gebruik van tweedelijnszorg door gedetineerden</b>	25
4.1 Poliklinische zorg	25
4.2 Opname gedetineerden in de tweedelijnszorg	28
4.2.1 Omvang opname tweedelijnszorg	28
4.2.2 Verloop opname naar achtergrondkenmerken gedetineerden	30
4.2.3 Aard opname tweedelijnszorg	32
4.2.4 Opname in penitentiair ziekenhuis	33
4.2.5 Opname in een burgerziekenhuis	34
4.3 Nazorg in penitentiair ziekenhuis	36
4.4 Gewenst aanbod penitentiair ziekenhuis	38
4.5 Oordeel aanbod justitiële tweedelijnszorg	39
<b>5 Knelpunten in de justitiële tweedelijnszorg</b>	43
5.1 Onvoldoende expertise en faciliteiten penitentiair ziekenhuis	43
5.2 Afstand penitentiair ziekenhuis en transport	43
5.3 Wachtlijstbeleid en -beheer	44
5.4 Verkeerde bedproblematiek	45
5.5 Opnamebeleid penitentiair ziekenhuis	46
5.6 Bejegening door penitentiair ziekenhuis	47
5.7 Productieverlies penitentiair ziekenhuis	47

6 Samenvatting en conclusies	49
6.1 Vraagstelling en opzet van het onderzoek	49
6.2 Justitiële tweedelijnsgezondheidszorg	50
6.3 Het penitentiair ziekenhuis	51
6.4 De vraag naar en het aanbod van justitiële tweedelijnszorg	52
6.4.1 Poliklinische zorg	52
6.4.2 Opnames	53
6.5 Beeldvorming rond het penitentiair ziekenhuis	55
6.6 Conclusies	56
6.6.1 Vraag en aanbod	56
6.6.2 Verwijzing en opname, beleid en praktijk	57
6.7 Besluit	58
Afkortingen en verklarende woordenlijst	61
Bijlage 1 – Overzicht geraadpleegde literatuur en documenten	63
Bijlage 2 – Overzicht respondenten kwalitatieve interviews	67
Bijlage 3 – Opname indicaties en gemiddelde ligduur penitentiair ziekenhuis	69
Bijlage 4 – Indicaties opname gedetineerden registratieformulieren	71



# 1 Vraagstelling en opzet onderzoek

In opdracht van het ministerie van Justitie heeft het onderzoeksinstituut ITS een onderzoek verricht naar de aansluiting tussen vraag en aanbod van de justitiële tweedelijns gezondheidszorg. Het gaat hierbij om de somatische tweedelijnszorg voor gedetineerden. Voordat we ingaan op de resultaten van het onderzoek, beschrijft dit hoofdstuk allereerst de aanleiding voor het onderzoek, de onderzoeksvragen en de onderzoeksmethode.

## 1.1 Achtergronden onderzoek

### *Justitiële gezondheidszorg*

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is in Nederland verantwoordelijk voor de uitvoering van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen. Deze dienst vormt een agentschap van het ministerie van Justitie. De tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen vindt plaats binnen:

- de sector Gevangeniswezen: penitentiaire inrichtingen;
- de sector Justitiële Jeugdinstellingen: opvang- en behandelinstellingen;
- de sector TBS: TBS-klinieken;
- de Directie Bijzondere Voorzieningen: detentie- en uitzetcentra<sup>1</sup>.

De verschillende instellingen binnen deze sectoren en de DBV worden geschaard onder de term ‘justitiële instellingen’. Personen die zich bevinden in een justitiële instelling noemen wij in deze rapportage ‘gedetineerden’.

Naast de tenuitvoerlegging van de straffen of maatregelen die aan gedetineerden zijn opgelegd, is DJI ook verantwoordelijk voor hun dagelijkse verzorging. Dit betekent onder meer dat DJI de verplichting heeft om aan gedetineerden gezondheidszorg van goede kwaliteit te bieden. Voor gedetineerden die medische zorg nodig hebben, geldt het zogenaamde equivalentiebeginsel. Dit houdt in dat het niveau van de geboden medische zorg in de justitiële instellingen zoveel mogelijk gelijkwaardig moet zijn aan het niveau van de medische zorg in de burgermaatschappij. Het equivalentiebeginsel is door DJI begin 2006 in haar gezondheidszorgvisie verwoordt als: ‘*DJI draagt in haar instellingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de gedetineerde gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de ge-*

---

<sup>1</sup> Detentie- en uitzetcentra zijn tijdelijke Huizen van Bewaring die zijn ingesteld om, voornamelijk, illegalen, ongewenste vreemdelingen en drugskoeriers in te sluiten.

*zondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming’.*

De basale gezondheidszorg in justitiële inrichtingen omvat zowel de algemene en generalistische eerstelijns gezondheidszorg, als de gespecialiseerde tweedelijnszorg zoals die geboden wordt in ziekenhuizen, poliklinieken en verpleeghuizen. De justitiële inrichtingen voorzien in het algemeen zelf in de eerstelijnszorg. Hiertoe is veelal een medische dienst opgericht, bestaande uit één of meer penitentiair verpleegkundigen en een aan de inrichting verbonden arts<sup>2</sup>. Op afroep is veelal andere eerstelijnszorg beschikbaar zoals fysiotherapie en tandheelkunde. Wanneer de eerstelijnszorg in de justitiële inrichtingen zelf niet volstaat, is verwijzing naar de tweedelijns gezondheidszorg noodzakelijk.

Ten dele kan in de tweedelijnszorg worden voorzien door het penitentiair ziekenhuis te Scheveningen. Het penitentiair ziekenhuis maakt deel uit van PI Haaglanden en heeft de status van een Huis van Bewaring. Het ziekenhuis neemt gedetineerden op van alle justitiële inrichtingen, maar ook arrestanten uit politiecellen en van de Koninklijke Marechaussee (KMar) en gedetineerden vanuit de United Nations Detention Unit (UNDU). Het penitentiair ziekenhuis beschouwt zichzelf als een medium care ziekenhuis en biedt zowel ziekenhuiszorg als verpleeghuiszorg. Omdat het een medium-care ziekenhuis betreft, beschikt het niet over afdelingen intensive care (IC), hartbewaking (CCU) en spoedeisende hulp (SEH). Ook kunnen er geen spoed- of complexe operaties worden verricht.

Voorzover de faciliteiten in het penitentiair ziekenhuis niet toereikend zijn, dient van andere tweedelijnsvoorzieningen gebruik te worden gemaakt. Gedetineerden worden dan in een burgerziekenhuis opgenomen en behandeld. Andere redenen om gedetineerden in een burgerziekenhuis op te nemen kunnen zijn dat de reistijd naar het penitentiair ziekenhuis, medisch gezien, te lang is of dat er een te lange wachttijd is. Indien nodig worden de gedetineerden na behandeling en stabilisatie alsnog doorgestuurd naar het penitentiair ziekenhuis.

#### *Verantwoorde justitiële medische zorg*

Op de justitiële gezondheidszorg is de afgelopen jaren de nodige kritiek geweest. In 1995 kwam de commissie Van Dinter met een kritisch rapport over de gezondheidszorg voor gevangenen. Naar aanleiding van dit rapport is onder meer besloten het penitentiair ziekenhuis uit te breiden met zes verpleeghuisbedden. In 1999 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een aantal tekortkomingen in de zorg aan gedetineerden. Zij formuleerde daarop een aantal beleidsaanbevelingen. Ook

---

2 In de justitiële inrichtingen is in het algemeen ook een psycholoog aanwezig. Aangezien het onderzoek zich richt op de somatische c.q. lichamelijke zorg, is dit buiten beschouwing gelaten.

in andere justitiële inrichtingen, zoals uitzetcentra, is de eerstelijns gezondheidszorg aan de nodige kritiek onderworpen geweest (Commissie Smeets, 2004).

Mede door de kritiek op de organisatie van de gezondheidszorg is de afdeling gezondheidszorg van DJI in 2003 gestart met een verbeterproject: ‘*verantwoorde medische zorg in penitentiaire inrichtingen (VMZ)*’. Doel van het project is het formuleren van een visie, beleid en uitgangspunten voor de penitentiaire gezondheidszorg. Dit gebeurt onder andere door het beschrijven van 20 deelwerkprocessen voor de medische zorg in het gevangeniswezen.

### *Problematische aansluiting vraag en aanbod binnen de tweedelijns*

Binnen de justitiële tweedelijns gezondheidszorg richten de problemen zich vooral op de aansluiting tussen vraag en aanbod. Het penitentiair ziekenhuis lijkt onvoldoende in staat te zijn om in de behoefte aan tweedelijnszorg te voorzien. De justitiële inrichtingen en de ketenpartners (politie, KMar en UNDU) zijn ontevreden over de plaatsingsmogelijkheden in het penitentiair ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft volgens hen vaak geen bedden vrij of beschikt niet over de benodigde expertise. Deze onvrede leidt ertoe dat in veel gevallen gedetineerden direct naar een burgerziekenhuis worden overgebracht, zonder dat het penitentiair ziekenhuis wordt geconsulteerd.

DJI wenst de problematische aansluiting tussen vraag en aanbod te verbeteren. Hiervoor is enerzijds inzicht nodig in de behoefte aan tweedelijnszorg vanuit de justitiële inrichtingen qua aard en omvang, en anderzijds in de mate waarin het penitentiair ziekenhuis in deze vraag kan voorzien. Een dergelijk inzicht is echter niet voorhanden. Daarom is het initiatief genomen een onderzoek uit te zetten naar de vraag en het aanbod van justitiële tweedelijns gezondheidszorg en de afstemming hiervan.

## **1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen**

De centrale probleemstelling van het onderzoek is als volgt geformuleerd:

*Hoe ziet de vraag van justitiële inrichtingen en ketenpartners naar tweedelijns gezondheidszorg eruit, in hoeverre kan het penitentiair ziekenhuis in deze behoefte voorzien, en op welke wijze zouden vraag en aanbod meer op elkaar afgestemd kunnen worden?*

In het onderzoek gaat het uitsluitend om opname, behandeling en/of verpleging van gedetineerden in een ziekenhuis of verpleeghuis vanwege een lichamelijke ziekte en/of handicap. Het is mede de bedoeling na te gaan welke knelpunten zich voordoen bij de aansluiting tussen vraag en aanbod van justitiële tweedelijnszorg en op welke wijze dit bevorderd kan worden. Doel van het onderzoek is bouwstenen aan te dragen voor de discussie en besluitvorming omtrent het optimaliseren van de aansluiting tussen de vraag naar tweedelijns gezondheidszorg in justitiële inrichtingen en het aanbod van het penitentiair ziekenhuis.

De centrale probleemstelling valt uiteen in de volgende onderzoeksvragen:

*Vraag en aanbod*

1. Hoe ziet de vraag naar tweedelijnszorg in de justitiële inrichtingen eruit, naar aard en omvang?
2. Hoe ziet het aanbod aan tweedelijnszorg van het penitentiair ziekenhuis eruit? Welke zorg kan het penitentiair ziekenhuis bieden en in welke omvang?
3. In hoeverre sluit het aanbod aan tweedelijnszorg vanuit het penitentiair ziekenhuis aan op de vraag naar tweedelijnszorg binnen de justitiële inrichtingen?
4. Hoe vaak wordt er doorverwezen naar een reguliere tweedelijns zorginstelling en waarom?
5. Wat is de bezettingsgraad in het penitentiair ziekenhuis? Hoe verhoudt het aantal bedden van het penitentiair ziekenhuis zich tot de populatie in de justitiële inrichtingen?
6. Doen zich nog andere knelpunten voor in de aansluiting tussen vraag en aanbod en hoe kunnen die – eventueel – worden opgelost?

*Verwijzing en opname, beleid en praktijk*

7. Hoe ziet het beleid omtrent verwijzing naar en opname in het penitentiair ziekenhuis eruit en welke overwegingen liggen hier aan ten grondslag?
8. Is er sprake van een algemeen verwijzings- en opnamebeleid van het penitentiair ziekenhuis voor alle justitiële inrichtingen?
9. Hoe verhoudt het beleid omtrent de justitiële (tweedelijns) gezondheidszorg zich tot wat er in internationale verdragen is voorgeschreven?
10. Is het beleid omtrent verwijzing naar en opname in het penitentiair ziekenhuis eenduidig op schrift vastgelegd?
11. In hoeverre zijn de betrokkenen in het veld op de hoogte van het verwijzings- en opnamebeleid van het penitentiair ziekenhuis?
12. Hoe verloopt de verwijzing en opname naar het penitentiair ziekenhuis en eventueel een reguliere tweedelijns zorginstelling in de praktijk bij de verschillende justitiële inrichtingen?
13. Verloopt de verwijzing en opname van gedetineerden naar het penitentiair ziekenhuis in de praktijk conform het beleid?
14. Sluit het beleid omtrent verwijzing naar en opname in het penitentiair ziekenhuis aan op vraag en aanbod? Zo niet, waarom niet?
15. Doen zich knelpunten voor in het beleid en de praktijk van verwijzing en opname in het penitentiair ziekenhuis? Zo ja, hoe kunnen die eventueel opgelost worden?

### 1.3 Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, zijn verschillende onderzoeksactiviteiten ondernomen.

#### *Documentanalyse*

Op de eerste plaats is er een beknopte documentanalyse verricht. In bijlage 1 staat een overzicht van de literatuur en documenten die zijn geraadpleegd. Het betreft vooral onderzoeksrapporten, verwijzings- en opnameprotocollen en jaarverslagen. Ook is aandacht besteed aan relevante wet- en regelgeving en internationale verdragen.

Verder zijn cijfers van het penitentiair ziekenhuis bestudeerd over de opnameindicaties en de opnameduur in 2005.

#### *Kwalitatieve interviews sleutelinformanten*

Daarnaast zijn er kwalitatieve interviews met sleutelinformanten gehouden. Deze sleutelinformanten zijn afkomstig van alle betrokken partijen: beleidsmakers, justitiële inrichtingen, ketenpartners en zorgaanbieders. In totaal zijn er 25 vraaggesprekken gevoerd. Bijlage 2 geeft een volledig overzicht van de respondenten.

De interviews zijn in het algemeen mondeling, dat wil zeggen face-to-face, afgenomen. Vier vraaggesprekken zijn vanuit praktische overwegingen telefonisch gevoerd. De meeste gesprekken zijn in juni en juli 2006 geweest. De onderzoekers hebben zelf de gesprekken gevoerd aan de hand van semi-gestructureerde topiclijsten. De topics vormen veelal een afgeleide van de onderzoeksvragen. Zij richten zich op de vraag en het aanbod van justitiële tweedelijnszorg, eventuele knelpunten in de aansluiting hiervan, het verwijzingsbeleid, de verwijzing in de praktijk en knelpunten in beleid en praktijk van verwijzing en opname. Het zwaartepunt van de interviews verschilde enigszins, al naar gelang de achtergrond van de respondent.

#### *Enquête justitiële inrichtingen*

Verder is er een schriftelijke enquête uitgezet onder alle locaties van de justitiële inrichtingen (PI's, TBS-klinieken, JJI's en de uitzet- en detentiecentra). In de enquête zijn vragen gesteld over de achtergrondkenmerken van de inrichtingen c.q locaties, de verwijzing naar de tweedelijns ten behoeve van poliklinische zorg, het opnemen van gedetineerden in een ziekenhuis en de nazorg verleend door het penitentiair ziekenhuis. Ook zijn enkele stellingen opgenomen over de aansluiting tussen vraag en aanbod. Er is gevraagd naar 'harde feiten' zoals het aantal doorgestuurde gedetineerden naar de tweedelijns én naar subjectieve meningen van de betrokkenen binnen de verschillende inrichtingen.

De enquête is eind juni verstuurd naar de hoofden van de medische dienst van de diverse justitiële inrichtingen. We hebben in totaal 105 locaties aangeschreven. Om de respons te bevorderen is er eind juli 2006 een telefonische appel geweest. De res-

pons bedraagt uiteindelijk 58 geretourneerde ingevulde vragenlijsten. Dit betekent een responspercentage van 59 procent. Het is mogelijk dat het responspercentage enigszins lager is uitgevallen dan verwacht doordat de enquête in de zomermaanden is afgenomen. Een deel van het personeel van de medische diensten was op vakantie en het werkende personeel had mogelijk te maken met een verhoogde werkdruk waardoor men niet toekwam aan het invullen van de enquête. Een aantal reacties van medische diensten op de uitnodiging om aan de enquête deel te nemen, wijzen althans in die richting. De verdeling van de respons over de justitiële inrichtingen c.q locaties ziet er als volgt uit:

*Respons enquête naar soort justitiële inrichting/locatie, in aantallen en percentages*

	N	%
- Penitentiaire Inrichting	38	66
- TBS-kliniek	6	10
- Justitiële Jeugdinstelling	11	19
- Detentie- en uitzetcentra	3	5
Totaal	58	100

Door de concentratie van inrichtingen in het westen van het land zijn verreweg de meeste ingevulde enquêtes afkomstig uit de provincies Zeeland, Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Holland: 52 procent. In totaal zijn de medische diensten van de deelnemende inrichtingen verantwoordelijk voor de medische zorg voor 15.764 plaatsen. Dit is ongeveer 70 procent van de totale capaciteit van DJI in Nederland (22.382 plaatsen in 2005).

*Registratie vraag tweedelijnszorg*

Om een meer objectief inzicht te verkrijgen in de vraag naar justitiële tweedelijnszorg is een registratiesysteem ontwikkeld. Alle justitiële inrichtingen is gevraagd een aantal gegevens bij te houden van alle gevallen waarbij sprake was van een indicatie voor opname binnen de tweedelijns vanwege een somatische aandoening. Het gaat hierbij om spoedopnames, dagopnames of meerdaagse opnames. Er is bewust gekozen voor het registreren van uitsluitend opname-indicaties en niet bijvoorbeeld de poliklinische consulten. Het onderzoek richt zich primair op de wijze waarop het aanbod van het penitentiair ziekenhuis aansluit bij de vraag. Het penitentiair ziekenhuis speelt in het bijzonder een rol als er sprake is van een opname van gedetineerden. In zeer beperkte mate komen zij in beeld bij de poliklinische zorg.

Alle medische diensten van de verschillende locaties (n=105) hebben 50 registratieformulieren ontvangen met een uitgebreide instructie. In bijlage 5 is een voorbeeld

van het registratieformulier opgenomen. De registratieperiode omvatte circa 11 weken (van 16 juni t/m 31 augustus). Om de respons te bevorderen heeft er driemaal een rappel plaatsgevonden: eenmaal telefonisch en tweemaal schriftelijk.

De justitiële inrichtingen op locatieniveau hadden tot en met 15 september 2006 de gelegenheid om de ingevulde registratieformulieren – indien van toepassing – in te sturen naar het ITS. Enkele inrichtingen hebben de ingevulde formulieren te laat naar het ITS teruggestuurd en een aantal heeft de formulieren niet gebruikt. Deze inrichtingen c.q locaties (n=20) hebben gezamenlijk een capaciteit van circa 5.300 plaatsen. Van de overige locaties hebben we 184 formulieren ontvangen. Deze locaties hadden in 2005 een totale capaciteit van 17.082 plaatsen (22.382 minus 5.300).

### *Overall-analyse*

Het onderzoek is afgerond met een overall-analyse van de resultaten van de documentanalyse, de face-to-face gesprekken, de schriftelijke enquête en het registratiesysteem. De analyse richt zich op de mismatch tussen vraag en aanbod van tweedelijns gezondheidszorg in justitiële inrichtingen. Is de aansluiting tussen vraag en aanbod ontoereikend, wat is hier de oorzaak van en hoe kan dit worden opgelost? Op basis van de overall-analyse zijn aandachtspunten geformuleerd voor het bevorderen van de aansluiting tussen vraag en aanbod.





## 2 Regelgeving en aanbod justitiële tweedelijnszorg

In dit hoofdstuk gaan we allereerst in op de (inter)nationale regelgeving omtrent de tweedelijns gezondheidszorg voor gedetineerden. De vraag die hierbij aan de orde komt is hoe het recht op justitiële tweedelijnszorg in Nederland in wet- en regelgeving vastgelegd is. Daarnaast komen het opnamebeleid en het zorgaanbod van het penitentiair ziekenhuis aan de orde.

### 2.1 Recht op tweedelijnszorg voor gedetineerden

Het recht op gezondheidszorg van personen die zich in Nederland in detentie bevinden is vastgelegd in de beginselenwetten voor de penitentiaire inrichtingen (artikel 42), justitiële jeugdinstellingen (artikel 47) en TBS-klinieken (artikel 41). Ten aanzien van de tweedelijnszorg is in de diverse beginselenwetten bepaald dat de directeur van de inrichting er zorg voor moet dragen dat een gedetineerde op aanwijzing van de inrichtingsarts wordt overgebracht naar een ziekenhuis dan wel andere instelling in verband met diens medische behandeling. Bij de Penitentiaire beginselenwet wordt in de Memorie van Toelichting (24 263, nr.3 vergaderjaar 1994-1995) aangegeven dat in de medische behandeling van gedetineerden ten dele kan worden voorzien door het penitentiair ziekenhuis. Indien hun faciliteiten ontoereikend zijn, dient van andere medische instellingen gebruik te worden gemaakt.

Ook in verschillende internationale verdragen voor de behandeling van gedetineerden is het recht op tweedelijns gezondheidszorg vastgelegd. De belangrijkste verdragen zijn de Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (artikel 22) van de United Nations en de European Prison Rules (artikel 26) van de Council of Europe. In deze verdragen is onder meer geregeld dat gedetineerden die medische behandeling nodig hebben, overgeplaatst moeten worden naar een (burger)ziekenhuis als de benodigde zorg niet in de inrichting zelf geboden kan worden. Als een justitiële inrichting over ziekenhuisfaciliteiten beschikt dan moeten deze geschikt zijn voor de medische verzorging en behandeling van gedetineerden en moet er deskundig personeel aanwezig zijn. Verder geldt dat kinderen in principe in vrijheid geboren moeten worden.

## 2.2 Regelgeving ten aanzien van verwijzing in de justitiële tweedelijnszorg

Nadere bepalingen omtrent plaatsing van gedetineerden binnen het gevangeniswezen in het penitentiair ziekenhuis dan wel een burgerziekenhuis zijn neergelegd in de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden van 15 augustus 2000. Deze regeling voor het gevangeniswezen bepaalt onder meer dat in het penitentiair ziekenhuis gedetineerden kunnen worden geplaatst (artikel 19):

- a. die medische behandeling nodig hebben waarvoor opname in een ziekenhuis geïndiceerd is;
- b. bij wie het vermoeden bestaat dat zij voorwerpen in het lichaam hebben verborgen die een ernstig gevaar kunnen vormen voor de gezondheid van de gedetineerde;
- c. die langdurig extra medische zorg nodig hebben en ten gevolge daarvan niet of zeer moeilijk in een reguliere inrichting kunnen verblijven.

In artikel 32 van deze regeling zijn enkele bepalingen opgenomen ten aanzien van de verwijzings- en plaatsingsprocedure naar het penitentiair ziekenhuis. Zo moet de medische indicatie voor opname door de medische dienst van de PI schriftelijk worden voorgelegd aan het hoofd van het penitentiair ziekenhuis. Op het moment dat het penitentiair ziekenhuis aangeeft dat een opname kan worden gerealiseerd, kan de directeur van de PI de gedetineerde in het penitentiair ziekenhuis plaatsen. De gedetineerde blijft ingeschreven in de inrichting van herkomst als er sprake is van een opname in het penitentiair ziekenhuis vanwege een medische behandeling (ad. A) of het vermoeden van voorwerpen in het lichaam (ad. B). Indien een opname in het penitentiair ziekenhuis niet meer geïndiceerd is, dient de gedetineerde teruggeplaatst te worden naar de inrichting van herkomst. Als opname in het penitentiair ziekenhuis plaats vindt in het kader van langdurige medische zorg dan wordt de gedetineerde overgeplaatst naar het penitentiair ziekenhuis. Zodra opname niet langer geïndiceerd is wordt de gedetineerde overgeplaatst naar een PI. Verder is vastgelegd dat van de procedure kan worden afgeweken bij spoedeisende gevallen.

Ten aanzien van de verwijzing naar een burgerziekenhuis is in deze regeling voor het gevangeniswezen bepaald (artikel 33) dat de directeur van een PI tot plaatsing in een algemeen ziekenhuis overgaat als dit medisch gezien noodzakelijk is en opname in het penitentiair ziekenhuis niet mogelijk of wenselijk is. Als het een voorlopig gehechte gedetineerde betreft vraagt de directeur toestemming aan het Openbaar Ministerie. Verder dient de directeur van de PI, indien verblijf in het ziekenhuis zonder toezicht onverantwoord is, maatregelen te treffen die noodzakelijk zijn voor de bewaking van de gedetineerde. Ook hier geldt dat van de procedure kan worden afgeweken bij spoedeisende situaties.

Voor de justitiële jeugdinrichtingen geldt een ander beleid dan voor de PI's. In artikel 12 van de Regeling plaatsing en overplaatsing jeugdigen (1 februari 2001) staat juist vermeld dat een jeugdige bij een medische indicatie moet worden overgebracht naar een algemeen ziekenhuis. Plaatsing van een jeugdige in het penitentiair ziekenhuis

kan alleen in uitzonderlijke gevallen plaatsvinden als er sprake is van hoge vlucht- en maatschappelijke risico's.

De plaatsing van TBS'ers in een tweedelijns zorginstelling voor medische behandeling is noch in de Beginselenwet noch in andere regelgeving nader uitgewerkt. De rol van het penitentiair ziekenhuis dan wel burgerziekenhuizen is bij deze doelgroep niet nader bepaald in de regelgeving.

Wat betreft de plaatsing van arrestanten van politie, KMar en de UNDU in het penitentiair ziekenhuis blijkt geen nadere regelgeving te zijn geformuleerd. Het penitentiair ziekenhuis neemt echter wel personen uit deze geledingen op. Er schijnt namelijk een, niet vastgelegde, afspraak te zijn dat de politie, KMar en UNDU als ketenpartners gebruik mogen maken van het penitentiair ziekenhuis. De status van deze afspraak is echter onduidelijk. Opmerkelijk hierbij is dat de kosten van behandeling in het penitentiair ziekenhuis voor rekening komen van DJI en niet doorberekend worden naar de betreffende ketenpartners.

### **2.3 Opnamebeleid penitentiair ziekenhuis**

De regelgeving ten aanzien van verwijzing naar de tweedelijns betekent concreet dat de PI's hun gedetineerden, behoudens spoedeisende gevallen, voor medische zorg *moeten* aanbieden aan het penitentiair ziekenhuis. Alleen als opname aldaar niet tot de mogelijkheden behoort, mag een beroep worden gedaan op een burgerziekenhuis. Voor jeugdinstellingen, TBS-klinieken en de ketenpartners geldt dat zij hun gedetineerden *mogen* overplaatsen naar het penitentiair ziekenhuis.

De bepalingen in de diverse wet- en regelgeving zijn door DJI niet nader uitgewerkt in een beleid ten aanzien van de verwijzing en opname van gedetineerden in de tweedelijns. Er zijn dan ook geen vastgestelde protocollen voor opname in het penitentiair ziekenhuis dan wel een burgerziekenhuis. Als er protocollen of procedures zijn, dan zijn deze ontwikkeld door de justitiële inrichtingen of het penitentiair ziekenhuis zelf. Volgens een medewerker van de afdeling gezondheidszorg van DJI is het penitentiair ziekenhuis in hoge mate zelfsturend in die zin dat het zelf bepaalt wie, wanneer, voor welke zorg wordt opgenomen. Deze situatie is historisch zo gegroeid en formeel nooit ont- of bekrachtigd.

Het penitentiair ziekenhuis maakt een onderscheid in spoedopnames en electieve (geplande) opnames. Bij spoed moet een opname binnen twee dagen na aanmelding plaatsvinden. Voor iedere situatie heeft het penitentiair ziekenhuis een aanmeldformulier ontwikkeld. In het geval van een electieve opname dient de gedetineerde schriftelijk te worden aangemeld en een spoedopname moet via de fax worden aangemeld. Na aanmelding neemt een arts van het penitentiair ziekenhuis contact op met de justitiële inrichting om na te gaan wat de beste optie is: opname in het penitentiair ziekenhuis of opname in een burgerziekenhuis. Het overleg over het verwijzen van

een gedetineerde naar het penitentiair ziekenhuis wenst het penitentiair ziekenhuis alleen op artsenniveau te laten plaatsvinden omdat deze verantwoordelijk is voor het vaststellen van de opname-indicatie. Als het penitentiair ziekenhuis de zorg kan verlenen wordt vervolgens bepaald of de gedetineerde op een wachtlijst wordt gezet, of deze met spoed moet worden opgenomen en wat er eventueel nog ter plaatse aan aanvullend onderzoek kan worden gedaan.

Op eigen initiatief heeft het penitentiair ziekenhuis enkele protocollen ontwikkeld voor het insturen van bijvoorbeeld eet- en drinkweigeraars en TBC-patiënten. Het penitentiair ziekenhuis vindt het jammer dat deze niet door DJI afdeling gezondheidszorg landelijk zijn verspreid onder de justitiële inrichtingen.

## **2.4 Aanbod penitentiair ziekenhuis**

Het penitentiair ziekenhuis biedt klinische en poliklinische zorg. In deze paragraaf komt eerst de klinische zorg aan de orde. Omdat de geboden poliklinische zorg in het penitentiair ziekenhuis marginaal is, wordt deze kort, aan het eind van deze paragraaf, beschreven.

Het penitentiair ziekenhuis beoogt een medium-care ziekenhuis te zijn. Het beschikt niet over voldoende faciliteiten om high-care zorg te kunnen bieden of om complexe operatieve ingrepen te verrichten. Het ziekenhuis is niet uitgerust voor:

- het uitvoeren van operaties waarvoor verblijf op de intensive care (IC) nodig is;
- observatie en behandeling van cardiale problematiek waarbij hartbewaking (CCU) nodig is;
- acute chirurgie;
- spoedeisende hulp;
- bewustzijnsstoornissen zonder diagnose in verband met de kans op noodzaak tot beademing (niet aanwezig) of acuut chirurgisch ingrijpen;
- nierdialyse;
- geavanceerd diagnostisch onderzoek waaronder endoscopie, CT-scan of MRI.

In het penitentiair ziekenhuis worden stabiele gedetineerden opgenomen die niet-spoedeisende somatische zorg nodig hebben. Aan de opname van een gedetineerde moet een ziekenhuisindicatie of een verpleeghuisindicatie ten grondslag liggen. Gedetineerden met uitsluitend een psychiatrische aandoening behoren in principe niet tot de doelgroep van het ziekenhuis. Het gaat met name om (zie ook bijlage 4):

- relatief eenvoudige geplande chirurgische ingrepen zoals liesbreuk, buikwandbreuken, septumcorrectie, sinus pilonidalis;
- post-operatieve zorg;
- consultaties en controles;
- observatie van eet- en drinkweigeraars;

- observatie en behandeling van gedetineerden met interne aandoening met name diabetes mellitus;
- pre- en postpartum zorg;
- tuberculosebehandeling (TBC).

Het penitentiair ziekenhuis biedt als enig ziekenhuis in Nederland voldoende beveiliging om met name beheers- en vluchtgevaarlijke gedetineerden op te kunnen nemen. Daarnaast voorziet het penitentiair ziekenhuis in de behandeling van bepaalde categorieën gedetineerden die normaliter niet opgenomen worden in een burgerziekenhuis. Dit zijn: TBC-patiënten, eet-/drinkweigerders en zogeheten manipulanten die hun gezondheid inzetten om bepaalde privileges af te dwingen.

### *Specialisme, faciliteiten en personeel*

Het penitentiair ziekenhuis heeft vier artsen in dienst. Hiervan is er één chirurg. De anderen zijn algemene artsen en geen specialisten. Tijdens kantooruren is er altijd een arts aanwezig. Buiten kantooruren is er één arts beschikbaar op oproepbasis.

Met uitzondering van de chirurg worden alle benodigde specialismen ingehuurd. De meeste specialisten zijn afkomstig van het Ziekenhuis Bronovo te Den Haag. In principe is ieder specialisme op afroep beschikbaar voor gedetineerden, maar er zijn structurele afspraken gemaakt met specialisten waarnaar veel verwezen wordt:

- de longarts, internist en gynaecoloog houden iedere week spreekuur;
- de chirurg opereert wekelijks;
- de KNO-arts opereert doorgaans iedere acht weken;
- de orthopeed opereert gemiddeld vijf à zes keer per jaar.

De chirurg van het penitentiair ziekenhuis draagt de verantwoording voor haar eigen gedetineerde patiënten. De algemene artsen van het penitentiair ziekenhuis zijn verantwoordelijk voor de zogeheten zorgpatiënten. Bij de gedetineerde patiënten die onder behandeling zijn van een specialist die wordt ingehuurd, werken alle artsen van het penitentiair ziekenhuis onder auspiciën van de betreffende specialist van buiten.

Verder heeft het penitentiair ziekenhuis 34 verpleegkundigen in dienst voor 30,4 fte. Overdag en in de avond zijn er zes verpleegkundigen aanwezig; in de nacht twee. Daarnaast beschikt het penitentiair ziekenhuis tijdens kantooruren over een röntgenlaborant voor één fte verdeeld over drie medewerkers; vier OK-assistenten (3 fte); twee medisch secretaressen; één tandartsassistent.

### *Bedden capaciteit*

Het penitentiair ziekenhuis beschikt over 56 ziekenhuisbedden verdeeld over drie afdelingen. Er zijn tien zalen van drie bedden. Hierbij is geen sprake van gemengd verplegen wat betreft het geslacht van de gedetineerde patiënten. Daarnaast zijn er 20 eenpersoonskamers waaronder twee EBI-cellen en negen cellen voor TBC-cliënten. Daarnaast zijn er nog zes inkomstencellen voor observatie van eet- en drinkweigerders, consulten en dergelijke. Deze cellen hebben geen in hoogte verstelbaar (hoog-

laag) bed en hier kunnen dan ook geen verpleegkundige handelingen worden verricht. Het penitentiair ziekenhuis reserveert ongeveer zes bedden van de totale capaciteit voor gedetineerde patiënten met een verpleeghuisindicatie. Dit is echter geen geformaliseerde norm.

De formele capaciteit van alle justitiële inrichtingen was 22.382 plaatsen in 2005. Dit komt neer op een capaciteitverhouding van het penitentiair ziekenhuis van 2,5 bed per 1.000 plaatsen. Daarbij zijn overigens de bedden die voor gedetineerden in burgerziekenhuizen beschikbaar zijn niet meegerekend. Voor de Nederlandse bevolking geldt dat er per 1.000 inwoners circa 3,2 bedden beschikbaar zijn.<sup>3</sup> Hierbij dient benadrukt te worden dat het zorgaanbod van het penitentiair ziekenhuis beperkter is dan dat van burgerziekenhuizen.

#### *Klinische opname penitentiair ziekenhuis in cijfers*

In 2005 zijn er in totaal 723 gedetineerde patiënten opgenomen waarvan 357 via de wachtlijst en 366 waren (semi)spoed gevallen. Dit laatste betekent dat tussen aanmelding en opname maximaal twee dagen zit. Het merendeel van de gedetineerden is afkomstig van de penitentiaire inrichtingen (69 procent), maar ook de detentie- en uitzetcentra en de politie (13 procent) vormen belangrijke bronnen (tabel 1).

*Tabel 1 – Aantal opnames gedetineerde patiënten in het penitentiair ziekenhuis in 2005, naar type justitiële inrichting en ketenpartners, in aantallen en percentages*

	N	%
<i>Justitiële inrichting</i>		
- Penitentiaire inrichting	503	69
- Detentie- en uitzetcentra	89	13
- TBS-kliniek	27	4
- Justitiële jeugdinrichting	5	0.7
<i>Ketenpartners</i>		
- Politie	67	9
- Parnassia	15	2
- KMar	6	0.8
- Parket/ rechtbank	5	0.7
- VN	3	0.4
- Vreemdelingenpolitie	3	0.4

Bron: Jaarverslag penitentiair ziekenhuis 2005.

<sup>3</sup> Aantal inwoners was in 2004 16.257.694 en het aantal feitelijk bedden (klinische en dagbehandeling) in ziekenhuizen bedraagt in 2004 52.463. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2006-08-28.

De gemiddelde bezettingsgraad over 2005 was 83 procent met een gemiddelde bezetting van 46,4 patiënten per dag. De ligduur van de gedetineerde patiënten bedraagt gemiddeld 22 dagen. De vier belangrijkste specialismen zijn: chirurgie, algemeen arts (door het penitentiair ziekenhuis ‘ziekenhuisarts’ genoemd), interne geneeskunde en longziekten (tabel 2).

*Tabel 2 – Aantal opnames gedetineerde patiënten in het penitentiair ziekenhuis in 2005, naar specialismen, in aantallen en percentages*

	N	%
Chirurgie	250	34
Algemeen arts (ziekenhuisarts)*	126	17
Interne geneeskunde	100	14
Longziekten	58	8
Orthopedie	36	5
Gynaecologie	35	5
Urologie	26	4
Neurologie	25	3
KNO	20	3
Cardiologie	13	2
Plastische chirurgie	12	2
Zorggedetineerden (CVA, dwarslaesie)	12	2
Kaakchirurgie	5	0.7
Psychiatrie	2	0.3
Dermatologie	2	0.3
Neurochirurgie	1	0.1

Bron: Jaarverslag penitentiair ziekenhuis 2005.

\* Eet-/drinkweigerars, wondverzorging, observaties, algemene nazorg.

Het aantal operaties bedraagt 176 in 2005. De meeste operaties betreffen het specialisme algemene chirurgie (n=115). Andere veelvoorkomende specialismen zijn urologie (n=26), KNO (n=15), orthopedie (n=14), plastische chirurgie (n=5) en gynaecologie (n=1).

Vanuit het penitentiair ziekenhuis hebben negen operaties plaatsgevonden in het Ziekenhuis Bronovo in verband met de complexiteit van de operatie en de mogelijke behoefte aan intensive care.

#### *Poliklinische en andere zorg*

Voor de units van PI Haaglanden vestiging Scheveningen (incl. UNDU) verleent het penitentiair ziekenhuis ook poliklinische zorg. Als specialisten van buiten naar het ziekenhuis komen voor een gedetineerde patiënt, wordt er voor deze units een poli-

klinisch spreekuur geregeld. Zo is er in 2005 863 keer gebruik gemaakt van de polikliniek door de units van PI Haaglanden te Scheveningen (incl. UNDU). Daarnaast zijn er twee diabetesverpleegkundigen in dienst die voor de units spreekuur houden. Naast de poliklinische zorg binnen het penitentiair ziekenhuis verleent de chirurg, eenmaal per week, poliklinische consulten bij de justitiële inrichtingen ter plaatse. Voorwaarde is wel dat er per inrichting meerdere gedetineerden een chirurgisch consult behoeven. Samen met een OK-assistente verleent de chirurg ter plekke consulten en eenvoudige chirurgische ingrepen die onder plaatselijke verdoving kunnen plaatsvinden. Van deze service hebben in 2005 11 inrichtingen gebruik gemaakt en er zijn 662 consulten en verrichtingen gedaan.



## 3 Verwijzing naar de tweedelijns in de praktijk

Dit hoofdstuk beschrijft de manier waarop de verwijzing van gedetineerden vanuit de justitiële inrichtingen naar de tweedelijns gezondheidszorg verloopt in de praktijk. We gaan in op de wijze waarop in de justitiële inrichtingen de verwijzing naar de tweedelijns is geregeld.

### 3.1 Verwijzingsprocedure

#### *Medische diensten*

De justitiële inrichtingen die zijn geïnterviewd in het kader van het onderzoek (n=11) beschikken over een medische dienst. Deze bestaat in ieder geval uit meerdere verpleegkundigen en één of meerdere inrichtingsartsen. In het gevangeniswezen (PI's) is de formele norm 1 fte verpleegkundige op 58 gedetineerden. Voor jeugdinrichtingen en TBS-klinieken is geen formele norm vastgesteld. Er gelden wel richtlijnen voor de jeugdinrichtingen: 1 fte op 50 jongeren. Aangezien het geen formele norm betreft, wordt hier wisselend mee omgegaan aldus een medewerker van de afdeling gezondheidszorg van DJI.

De inrichtingsartsen kunnen diverse aanstellingen hebben. De meeste medische diensten die zijn geïnterviewd werken samen met huisartsen. Deze huisartsen hebben veelal een eigen praktijk en hebben daarnaast een dienstverband met de betreffende justitiële inrichting. Iemand heeft dan een contract van bijvoorbeeld 20 uur waarvan hij 10 uur in de inrichting aanwezig moet zijn en de andere 10 uur bereikbaar moet zijn. Daarnaast zijn er twee penitentiaire inrichtingen die artsen inhuren via een maatschap zoals het Forensisch Medisch Maatschap Utrecht (FMMU).

De bereikbaarheid van de medische diensten kan sterk verschillen per inrichting. De geïnterviewde medische diensten zijn doorgaans tijdens kantooruren bemand van 7:30 tot 17:30. Buiten kantooruren is er in de meeste inrichtingen niemand aanwezig op de medische dienst. In enkele inrichtingen draaien verpleegkundigen piketdiensten en zijn deze telefonisch oproepbaar gedurende een bepaald deel van de avond (bijvoorbeeld tot 20:45 uur). Bij de medische dienst van de UNDU is de verpleegkundige 24 uur per dag telefonisch bereikbaar. Daarnaast heeft één penitentiaire inrichting het zo geregeld dat er in de weekenden en feestdagen een verpleegkundige aanwezig is op de medische dienst voor één dagdeel. In de TBS-klinieken zijn buiten kantooruren verpleegkundigen uit de behandelteams inzetbaar.

De inrichtingsartsen draaien, volgens de geïnterviewde medische diensten, een aantal keer per week spreekuur van ongeveer twee uur. Daarbuiten zijn de inrichtingsartsen

tijdens kantooruren telefonisch bereikbaar en oproepbaar. Buiten kantooruren wordt een beroep gedaan op de huisartsenpost of de diensten van een maatschap zoals de FMMU.

De politie en KMar beschikken niet over een medische dienst. Uit de interviews met forensisch geneeskundigen (n=3) blijkt dat de politie vooral een beroep doet op forensisch geneeskundigen van de GGD of vergelijkbare maatschappen zoals de FMMU en de Forensische Artsen Regio Rijnmond (FARR). Ook komt het voor dat de politie contracten heeft afgesloten met huisartsen in de omgeving. Meestal zijn de artsen 24 uur per dag bereikbaar en worden zij opgeroepen bij (semi-)acute situaties. Op sommige bureaus wordt dagelijks een spreekuur gedraaid. Dit zijn dan veelal bureaus met relatief veel arrestantencellen.

### *Procedure*

Volgens de geïnterviewde medische diensten (n=11) is de inrichtingsarts verantwoordelijk voor het verwijzen van een gedetineerde naar de tweedelij. Deze bepaalt of iemand naar een ziekenhuis moet, alsmede het traject: poliklinisch, (semi-)acute opname of geplande opname. Tijdens kantooruren komt de gedetineerde op het spreekuur van de arts. Buiten kantooruren wordt bij echte spoed direct 112 gebeld, of anders de arts of diens achterwacht. Eventueel verzorgt een verpleegkundige van de medische dienst de verwijzing bij spoedeisende situaties. Het regelen van de consultafspraken en opnames komt veelal voor rekening van de verpleegkundigen van de medische dienst. Ook regelen zij met de Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O) het transport naar het ziekenhuis.

Uit de schriftelijke enquête onder de medische diensten van de justitiële inrichtingen (n=58) blijkt dat circa 60 procent protocollen heeft over hoe te handelen als iemand wordt doorverwezen naar de tweedelij. Dit betreft met name praktische zaken zoals het maken van afspraken, het inschakelen van de transportdienst en dergelijke. Deze protocollen hebben geen betrekking op de verwijzing zelf: wanneer iemand naar het penitentiair ziekenhuis of naar een burgerziekenhuis moet.

Bij de politie verloopt, volgens de geïnterviewde forensisch geneeskundigen (n=3), de procedure enigszins anders. Bij het vaststellen van een indicatie voor de tweedelij, wordt dit doorgegeven aan het hoofd arrestantenzorg. Deze neemt vervolgens contact op met de officier van justitie. In overleg met de officier wordt eerst bekeken hoe lang iemand nog in arrest moet verblijven. Wordt dit verlengd of niet, en kan de zorg tot die tijd uitgesteld worden of in de cel worden verleend? Als iemand toch echt naar een ziekenhuis moet, kan eventueel nog besloten worden om iemand in vrijheid te stellen. De 'arrestant' kan dan op eigen gelegenheid naar een burgerziekenhuis in de regio. Zo niet, dan wordt opname van de arrestant geregeld door afdeling arrestantenzorg. Dit zou in principe altijd in overleg met een officier van justitie gebeuren.

### 3.2 Verwijzing naar het penitentiair ziekenhuis

#### *Verwijzing conform beleid*

De algemene richtlijn binnen het gevangeniswezen is dat gedetineerden in eerste instantie worden aangeboden aan het penitentiair ziekenhuis en dat in overleg wordt besloten of opname aldaar of in een burgerziekenhuis plaats vindt. Er moet dus in principe door de penitentiaire inrichtingen altijd contact worden opgenomen met het penitentiair ziekenhuis. Bij de TBS-klinieken, jeugdinstellingen en de ketenpartners ligt de situatie iets anders. Zij hebben niet de ‘verplichting’ om hun gedetineerden in eerste instantie aan het penitentiair ziekenhuis aan te bieden.

Volgens medewerkers van afdeling gezondheidszorg van DJI en enkele artsen van het penitentiair ziekenhuis worden er gedetineerden vanuit de justitiële inrichtingen rechtstreeks ingestuurd naar een burgerziekenhuis voor een opname, zonder overleg met het penitentiair ziekenhuis. Iedere inrichting zou zo zijn eigen werkwijze en attitude hebben. Volgens een medewerker van de afdeling gezondheidszorg van DJI zijn er twee uitersten met betrekking tot de verwijzing van gedetineerden ‘*artsen die overleggen en eventueel voordragen aan de artsen van het penitentiair ziekenhuis, andere artsen doen nooit een beroep op het penitentiair ziekenhuis en verwijzen alles naar het burgerziekenhuis bij hen in de buurt*’. In feite is er weinig structuur in de verwijzing van justitiële inrichtingen naar de tweedelijns. Dit zou onder meer komen door het ontbreken van een centraal verwijzings- en opnamebeleid. Daarnaast zijn er jarenlang geen hoofden medische diensten geweest en vond er ook geen overleg en afstemming plaats. Sinds kort is dat wel het geval.

Dit beeld wordt deels bevestigd door de resultaten van de schriftelijke enquête onder de medische diensten van de justitiële inrichtingen (n=58). Hieruit blijkt dat 40 procent van de penitentiaire inrichtingen niet op de hoogte is van de regelgeving dat er voor opname van een gedetineerde, behalve bij spoedeisende gevallen, eerst contact met het penitentiair ziekenhuis moet worden opgenomen voordat een gedetineerde wordt doorverwezen. Des te opvallender is het dat 80 procent van de justitiële inrichtingen (inclusief TBS, jeugd en detentie-/uitzettingcentra) in vrijwel alle gevallen of de meeste gevallen contact met het penitentiair ziekenhuis opneemt als een gedetineerde opgenomen moet worden. De overige inrichtingen doen dat in enkele gevallen (13 procent) of zelfs bijna nooit (8 procent). De reden dat medische diensten vooraf geen contact opnemen met het penitentiair ziekenhuis, is vooral dat het om spoedopnames gaat (79 procent), het penitentiair ziekenhuis te ver weg is (29 procent), de wachttijden voor opname in het penitentiair ziekenhuis te lang zijn (28 procent) en dat het penitentiair ziekenhuis niet over het benodigde specialisme beschikt (24 procent).

Daarbij spelen bij de jeugdinstellingen ook nog andere overwegingen. Volgens enkele jeugdinstellingen is het van belang dat de tweedelijnsvoorziening zich in de regio bevindt omdat ouders en begeleiders worden betrokken bij de zorgsituatie. Daarnaast zou beveiliging vaak niet aan de orde zijn omdat jongeren onder toezicht zijn gesteld

of een verlofstatus hebben. Verder vinden de jeugdinstellingen het penitentiair ziekenhuis niet geschikt voor jongeren vanwege hun kwetsbaarheid. In hun ogen horen jongeren niet te worden geplaatst tussen volwassen criminelen en TBS'ers.

### *Ervaringen in de praktijk*

Net als uit de enquête blijkt uit de interviews met de medische diensten van de justitiële inrichtingen (n=11) en de politieartsen (n=3) dat, een uitzondering daargelaten, niet alle gedetineerden worden aangeboden aan het penitentiair ziekenhuis. Dit zou niet gebeuren vanwege negatieve ervaringen met het opnamebeleid en de mogelijkheden van het penitentiair ziekenhuis. Het laatste betreft met name de ligging en de beperkte faciliteiten van het penitentiair ziekenhuis.

De geïnterviewde medische diensten geven aan dat het penitentiair ziekenhuis te ver weg is voor acute situaties, dagbehandeling en poliklinische zorg. Voor het transport van gedetineerden naar het penitentiair ziekenhuis is men afhankelijk van DV&O. Voor acute situaties is de afstand voor de meeste inrichtingen sowieso te groot, maar DV&O kan in verband met de soms lange reisafstanden niet garant staan voor het tijdig afleveren van gedetineerden voor poliklinische afspraken en dagopnames. Dit heeft tot gevolg dat een consult of dagbehandeling in het penitentiair ziekenhuis toch een opname voor meer dagen wordt. Dit punt wordt ook door medewerkers van het penitentiair ziekenhuis zelf als een knelpunt ervaren.

Daarnaast heeft het penitentiair ziekenhuis niet alle mogelijkheden in huis voor (diagnostisch) onderzoek én zijn er geen afdelingen spoedeisende hulp (SEH), intensive care (IC) en hartbewaking (CCU). De beperkte faciliteiten van het penitentiair ziekenhuis hebben ook tot gevolg dat er in het ziekenhuis geen complexe operaties kunnen worden verricht of gedetineerden kunnen worden opgenomen waarbij de kans bestaat dat high-care zorg nodig is. Door het ontbreken van IC en CCU komt het regelmatig voor dat gedetineerden 'te zwaar' zijn voor het penitentiair ziekenhuis. Ook nierdialyse is niet mogelijk. Dit aspect wordt beaamd door enkele medewerkers van het penitentiair ziekenhuis zelf.

Ook de politie zou vaak niet gebaat zijn bij het insturen van een arrestant naar het penitentiair ziekenhuis. Volgens de geïnterviewde politieartsen gaat het bij arrestanten met name om spoedeisende zorg en situaties waarin nog geen diagnose is vastgesteld. Voor dergelijke situaties is het penitentiair ziekenhuis niet uitgerust. Daarbij komt dat een korps twee man nagenoeg een hele dag kwijt zou zijn aan het vervoeren van de arrestant naar het penitentiair ziekenhuis.

De negatieve ervaringen met het opnamebeleid van het penitentiair ziekenhuis zouden betrekking hebben op de moeite die het kost om gedetineerden geplaatst te krijgen in het penitentiair ziekenhuis. Het merendeel van de geïnterviewde medische diensten en forensisch geneeskundigen geeft aan dat de nodige druk uitgeoefend moet worden om een opname geregeld te krijgen. Het plaatsen van gedetineerden in het penitentiair ziekenhuis kan verschillen al naar gelang de persoon aan de telefoon, maar verloopt

naar hun mening moeizaam. *‘Voordat we gaan bellen vragen we ons af het dit keer moeilijk wordt of dat het ECHT moeilijk wordt. Als er geen arts aanwezig is dan wordt het helemaal lastig. Dan moeten we bijna op onze knieën’*, aldus een medische dienst van een PI. Daarnaast hebben enkele justitiële inrichtingen aangegeven dat het penitentiair ziekenhuis bijna nooit plaats zou hebben voor gedetineerden die zij willen doorverwijzen. *‘Waarom zou je bellen naar het penitentiair ziekenhuis als je toch nee te horen krijgt’* aldus een medische dienst van een TBS-kliniek.

Dit beeld wordt deels bevestigd door de resultaten van de schriftelijke enquête (n=58). Van de medische diensten die voor opname contact opnemen met het penitentiair ziekenhuis, geeft circa driekwart aan dat het contact in de meeste gevallen leidt tot opname in het penitentiair ziekenhuis. In een kwart van de gevallen worden gedetineerden opgenomen in een burgerziekenhuis. De belangrijkste redenen om een gedetineerde in een burgerziekenhuis in plaats van in het penitentiair ziekenhuis op te nemen zijn dat de wachttijd voor opname in het penitentiair ziekenhuis te lang is (56 procent), dat er geen plaats is in het penitentiair ziekenhuis (37 procent) of dat het ziekenhuis niet over het benodigde specialisme beschikt (13 procent).

Anderzijds heeft het penitentiair ziekenhuis ook kritiek op het insturen van gedetineerden door de justitiële inrichtingen. Volgens enkele medewerkers van het penitentiair ziekenhuis krijgen zij regelmatig tot vaak gedetineerden aangeboden met een oneigenlijke indicatie. Er zou dan geen sprake zijn van een noodzaak tot opname vanwege een medische behandeling, maar veel meer behoefte aan verpleging en ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zoals wassen en aankleden. Het penitentiair ziekenhuis heeft het idee dat *‘de inrichtingen hun probleem proberen af te schuiven of hun zorggedetineerden proberen te dumpen in het penitentiair ziekenhuis’*. Volgens een arts van het penitentiair ziekenhuis kent het veld het ziekenhuis niet en het penitentiair ziekenhuis kent het veld niet. Voor het penitentiair ziekenhuis zou het dan lastig zijn om te weten of de doorverwijzing noodzakelijk is of dat een inrichting van een zorggedetineerde af wil. Uit de interviews blijkt ook dat verschillende justitiële inrichtingen en forensisch geneeskundigen niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden en beperkingen van het penitentiair ziekenhuis. Zij hebben volgens eigen zeggen geen beeld van wat het penitentiair ziekenhuis wel en niet kan, wat ze wel en niet doen en wie ze wel of niet kunnen doorverwijzen. Door personeelwisselingen zou het penitentiair ziekenhuis onbekend blijven bij de medische diensten en forensisch geneeskundigen. En *‘onbekend, maakt onbemind’*, aldus enkele medewerkers van het penitentiair ziekenhuis.

### 3.3 Verwijzing naar burgerziekenhuizen

#### *Ad hoc verwijzing*

De geïnterviewde medische diensten van de justitiële inrichtingen (n=11) verwijzen hun gedetineerden doorgaans naar één ziekenhuis in de omgeving. Tenzij iemand al bekend is bij een ander regionaal ziekenhuis. Dan vindt de behandeling daar plaats. Uit de interviews met de medische diensten en enkele burgerziekenhuizen (n=3) blijkt dat de samenwerking met het betreffende ziekenhuis veelal historisch is gegroeid. Hoewel er sprake is van een structurele samenwerking met een bepaald ziekenhuis, zou deze samenwerking in de meeste gevallen niet geformaliseerd zijn. Ook structureel overleg zou nagenoeg niet plaats vinden tussen het ziekenhuis en de inrichting. Het verwijzen van gedetineerden naar een burgerziekenhuis vindt, volgens de geïnterviewde medische diensten, meestal op ad hoc basis plaats. Per gedetineerde wordt bepaald wat nodig is aan zorg en beveiligingsmaatregelen. Hiervoor zouden de ziekenhuizen veelal geen centraal aanspreekpunt hebben. Dit regelen de medische diensten van de inrichtingen met de betreffende poliklinieken of verpleegafdelingen. Wel hebben enkele geïnterviewde medische diensten en burgerziekenhuizen (ongeschreven) regels over het maken van afspraken en de informatievoorziening. Zo verloopt bijvoorbeeld alle communicatie over gedetineerden via de medische dienst. Vanuit veiligheidsoverwegingen wordt de exacte datum van een afspraak niet gemeld aan een gedetineerde en worden familie of kennissen doorverwezen naar de medische dienst voor nadere informatie. Ook blijkt uit de meeste interviews dat ziekenhuizen inspelen op de bijzondere situatie van gedetineerden door bijvoorbeeld afspraken vroeg in de ochtend of laat in de middag te plannen of door te voorzien in een aparte wachtruimte.

Enkele inrichtingen voeren wel op centraal niveau overleg met 'hun' burgerziekenhuis en een enkeling heeft ook een convenant gesloten. Zo heeft bijvoorbeeld één inrichting afgesproken dat alle poliklinische zorg wordt verleend op de SEH afdeling omdat deze eenvoudig te beveiligen is. Verder zijn afspraken gemaakt over de bewaking door de inrichting en het beperkt houden van de ligduur. Deze inrichting heeft ook afspraken gemaakt met een internist om regelmatig zijn diensten te verlenen in de inrichting zelf in het kader van infectieziekten.

Het Ziekenhuis Bronovo in Den Haag neemt als burgerziekenhuis een vrij unieke positie in omdat zij de achterwacht vormt voor het penitentiair ziekenhuis. Als het penitentiair ziekenhuis onvoldoende faciliteiten heeft om de benodigde zorg te verlenen aan een van hun gedetineerde patiënten, doen zij een beroep op het Ziekenhuis Bronovo. Volgens het penitentiair ziekenhuis zou het niet de bedoeling zijn dat het Ziekenhuis Bronovo alle gedetineerden opneemt van alle justitiële inrichtingen. Hierover bestaat in het veld geen eenduidig beeld. De ene inrichting vindt het logisch dat als het penitentiair ziekenhuis bijvoorbeeld geen nierdialyse kan verrichten, dit wordt

gedaan in de regio. Terwijl een ander dan van mening is dat de betreffende gedetineerde maar naar het Bronovo moet.

### *Praktijkervaringen*

De burgerziekenhuizen die zijn geïnterviewd (n=3) hebben nagenoeg geen nadelige ervaringen met het verlenen van tweedelijnszorg aan gedetineerden. De meeste zorg wordt poliklinisch of via dagopname verleend. Hoewel gedetineerden onder begeleiding naar het ziekenhuis komen, zou dat niet leiden tot veel ongemakken. Een opname van een gedetineerde komt volgens de burgerziekenhuizen niet vaak voor. Wel kan dit leiden tot enige onrust in het ziekenhuis vanwege de extra veiligheidsmaatregelen die genomen moeten worden. Welke maatregelen nodig zijn, zou per gedetineerde worden vastgesteld. Veelal gaat het om het plaatsen van de gedetineerde op een eenpersoonskamer en zijn er 24 uur per dag twee bewakers aanwezig. Dit betekent dat er per opnamedag zes bewakers ingezet moeten worden.

Omdat de beveiligingsmaatregelen ook aanzienlijke kosten met zich meebrengen voor de inrichting, probeert het merendeel van de geïnterviewde medische diensten een opname in een burgerziekenhuis zoveel mogelijk te voorkomen. Als het kan wordt de benodigde zorg poliklinisch of via een dagopname verleend. Is een opname toch aan de orde dan tracht men dit te laten plaatsvinden in het penitentiair ziekenhuis. Soms zou ook worden bekeken of opname kan wachten totdat iemand weer in vrijheid wordt gesteld. Het zou ook voorkomen dat strafonderbreking wordt aangevraagd. In dergelijke gevallen wordt detentie opgeschort en hoeft er geen bewaking aanwezig te zijn op een verpleegafdeling. Als een opname in een burgerziekenhuis echter onvermijdelijk is dan wordt de ligduur zo kort mogelijk gehouden. Gedetineerden worden zo snel mogelijk teruggestuurd naar de inrichting of overgeplaatst naar het penitentiair ziekenhuis voor nazorg.

Uit de interviews met de medische diensten (n=11) en politieartsen (n=3) komt duidelijk naar voren dat nagenoeg iedereen een voorkeur heeft voor een burgerziekenhuis in de omgeving. De voordelen zouden – volgens enkele geïnterviewden – zijn dat het dichtbij is, alles sneller verloopt, alle faciliteiten aanwezig zijn en deze niet verouderd zijn. Volgens een van de respondenten zou het opnemen van gedetineerden in een burgerziekenhuis beter en uiteindelijk goedkoper zijn dan in het penitentiair ziekenhuis: *‘in een burgerziekenhuis duurt een dergelijke ingreep gemiddeld 3 dagen in totaal. Bij het penitentiair ziekenhuis staat iemand eerst zes maanden op de lijst en wordt deze persoon voor 1,5 week opgenomen terwijl in de polikliniek alles al is gedaan.’* Door de voordelen die een burgerziekenhuis zou bieden in vergelijking met het penitentiair ziekenhuis proberen de meeste medische diensten en politieartsen die zijn geïnterviewd, hun gedetineerden zoveel mogelijk te laten behandelen in de omgeving. Als een opname kan worden voorkomen via een dagbehandeling of poliklinische zorg in een burgerziekenhuis dan wordt daar voor gekozen. Is opname echter toch aan de orde dan probeert men de gedetineerde opgenomen te krijgen in het peni-

tentair ziekenhuis. Is dit niet mogelijk dan wordt de ligduur in een burgerziekenhuis zo kort mogelijk gehouden.



## 4 Gebruik van tweedelijnszorg door gedetineerden

Wat is de behoefte van justitiële inrichtingen aan tweedelijns gezondheidszorg? Deze vraag staat centraal in dit hoofdstuk. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op het gebruik van poliklinische zorg qua omvang en aard. Daarna beschrijven we de behoefte aan opname van een gedetineerde in de tweedelijns. Aandacht wordt besteed aan de omvang en aard van de opnames, alsmede opname in het penitentiair ziekenhuis of een burgerziekenhuis. Vervolgens komen de nazorg door het penitentiair ziekenhuis, het gewenste aanbod van zorg en het oordeel over de huidige situatie aan de orde

### 4.1 Poliklinische zorg

Voor poliklinische zorg wordt door de justitiële inrichtingen vrijwel uitsluitend gebruik gemaakt van burgerziekenhuizen. Er zijn in de schriftelijke enquête onder de medische diensten van de justitiële inrichtingen (n=58) enkele vragen gesteld over de vraag naar poliklinische zorg. Het gaat hierbij om gedetineerden die naar een ziekenhuis gaan voor een consult, onderzoek en/of poliklinische behandeling. (Dag)opname van de gedetineerde is dan niet aan de orde.

In tabel 3 wordt de omvang van de vraag naar poliklinische zorg per justitiële inrichting/locatie weergegeven. Bij het merendeel van de inrichtingen gaat er meerdere keren per week iemand naar het ziekenhuis voor poliklinische zorg. Bij 31 procent is dit vrijwel dagelijks en bij een kwart drie tot vier keer per week.

*Tabel 3 – Omvang van het gebruik van poliklinische zorg, per inrichting/locatie, in percentages en gemiddelde (N=58)*

	%
<hr/>	
<i>Aantal keren dat gedetineerden per inrichting/locatie naar het ziekenhuis gaan voor poliklinische zorg</i>	
- (vrijwel) dagelijks	31
- 3 tot 4 keer per week	25
- 1 tot 2 keer per week	22
- 2 tot 3 keer per maand	16
- 1 keer of minder per maand	5
 <i>Aantal gedetineerden per inrichting/locatie dat naar het ziekenhuis gaat voor poliklinische zorg</i>	
- gemiddelde per week	4.3

Gemiddeld gaan er per inrichting dan wel locatie circa vier gedetineerden per week naar de polikliniek. In totaal gaat het bij de deelnemende inrichtingen om 239 gedetineerden per week. Wanneer we dit doorberekenen naar de totale landelijke populatie van gedetineerden<sup>4</sup> dan gaat het om zo'n 340 gedetineerden per week ofwel 17.680 gedetineerden op jaarbasis die naar het ziekenhuis gaan voor poliklinische zorg. De specialismen waarnaar het meest wordt doorgestuurd voor wat betreft de poliklinische zorg zijn chirurgie (57 procent), interne geneeskunde (46 procent) en orthopedie (34 procent) (tabel 4).

*Tabel 4 – Belangrijkste specialismen betreffende de poliklinische zorg voor gedetineerden, in percentages\* (N=58)*

	%
Chirurgie	57
Interne geneeskunde	46
Orthopedie	34
Cardiologie	29
Kaakchirurgie	25
Dermatologie	20
Gynaecologie/verloskunde	14
Keel-, neus- en oorheelkunde	14
Neurologie	11
Röntgen	10
Heelkunde	9
Spoedeisende hulp	7
Longziekten	7
Oogheelkunde	5
Neurochirurgie	2
Urologie	2
Oncologie	2

\* Er waren meer antwoorden mogelijk, daarom telt het aantal hoger dan 100 procent. Het percentage heeft betrekking op het aantal inrichtingen dat betreffend specialisme tenminste één keer heeft genoemd en niet op het aantal gegeven antwoorden.

Volgens het merendeel van de medische diensten (74 procent) is er in minder dan een kwart van de gevallen sprake van een poliklinische behandeling waarbij de gedetineerden herhaaldelijk of meerdere malen naar het ziekenhuis moet. Tabel 5 geeft de 8

4 In 2005 waren er 82.453 gedetineerden die een vrijheidsstraf of een vrijheidsbenemende maatregel ondergingen. De deelnemende inrichtingen/locaties omvatten 70 procent van het aantal beschikbare plaatsen. Aanname is dat bij hen ook 70 procent van alle gedetineerden aanwezig zijn geweest.

belangrijkste indicaties aan waarvoor een gedetineerde regelmatig naar de polikliniek moet. In totaal werden er door de 58 inrichtingen/locaties 31 verschillende indicaties genoemd. Het gaat met name om poliklinische behandeling van infectieziekten, botbreuken en hartklachten waarvoor een gedetineerde herhaaldelijk naar een ziekenhuis moet.

*Tabel 5 – De acht meest genoemde indicaties voor poliklinische behandeling waarbij er sprake is van een regelmatig ziekenhuisbezoek, in percentages\* (N=58)*

	%
Infectieziekten (HIV, Hepatitis)	31
Fracturen/botbreuken (o.a. sportletsel)	24
Hartklachten	20
Diabetes	16
Bestraling/ chemokuur	14
Orthopedische klachten	14
Nierdialyse	14
Huidaandoeningen	12

\* Er waren meer antwoorden mogelijk, daarom telt het aantal hoger dan 100 procent. Het percentage heeft betrekking op het aantal inrichtingen dat betreffend specialisme tenminste één keer heeft genoemd en niet op het aantal gegeven antwoorden.

### *Poliklinische zorg en het penitentiair ziekenhuis*

De poliklinische zorg wordt vooral verleend door burgerziekenhuizen. De medische diensten nemen dan ook in het algemeen geen contact op met het penitentiair ziekenhuis voor overleg of advies als het om poliklinische zorg gaat. 63 Procent neemt hierover nooit contact op met penitentiair ziekenhuis, 32 procent doet dat af en toe en vijf procent van de inrichtingen dan wel locaties benadert het penitentiair ziekenhuis regelmatig voor advies of overleg inzake poliklinische zorg.

Circa eenderde van de medische diensten is op de hoogte van het feit dat de chirurg van het penitentiair ziekenhuis naar de inrichtingen komt voor consultatie en het verrichten van kleine ingrepen. Een kwart van alle inrichtingen/locaties maakt, naar eigen zeggen, gebruik van deze dienstverlening van het penitentiair ziekenhuis: zeven procent soms, elf procent regelmatig en zeven procent vaak.

### *Problemen poliklinische zorg*

De doorverwijzing naar een burgerziekenhuis voor poliklinische zorg verloopt niet altijd soepel. Ongeveer twaalf procent van de medische diensten geeft aan *geen* problemen te ervaren bij de doorverwijzing. Daar staat tegenover dat driekwart van de

inrichtingen/locaties problemen heeft met het transport van gevangenen naar het ziekenhuis. Zij moeten daarvoor een beroep doen op de dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O) van DJI. Bij spoedeisende hulp is het, zo blijkt uit de interviews met medische diensten, echter vrijwel onmogelijk een beroep te doen op DV&O omdat zij niet zo snel ter plekke kunnen zijn. In de meeste gevallen komt het er dan op neer dat personeel van de gevangenis voor het vervoer zorgt. Verder is het moeilijk om afspraken te plannen in het ziekenhuis omdat DV&O, volgens geïnterviewde medische diensten, niet kan garanderen dat zij op een bepaald tijdstip in het ziekenhuis aanwezig zijn om een gedetineerde te brengen en te halen. Doorgaans moet men met een behoorlijke marge rekening houden.

Bijna de helft (43 procent) van de medische diensten geeft aan problemen te hebben met de beveiliging van de gevangenen. Immers, een gedetineerde die naar het ziekenhuis moet, dient bewaakt te worden. Doorgaans is het zo dat in eerste instantie iemand van de medische dienst of een penitentiair inrichtingswerker (PIW'er) meegaat naar het ziekenhuis. Daardoor is men echter vast personeel kwijt en dit kan leiden tot capaciteitstekorten bij de medische dienst of de bewaking.

## **4.2 Opname gedetineerden in de tweedelij**

### **4.2.1 Omvang opname tweedelij**

#### *Registratieformulieren*

Aan de medische diensten is voor een periode van 11 weken (16 juni t/m 31 augustus) gevraagd die gevallen te registeren waarbij er sprake was van een opname-indicatie voor een somatische aandoening. De gedetineerde hoefde in deze periode nog niet daadwerkelijk opgenomen te zijn (geweest). Het ging er om dat de arts had vastgesteld dat opname noodzakelijk dan wel gewenst was. Tabel 6 geeft aan hoeveel opname-indicaties zijn afgegeven in deze periode.

In circa 11 weken tijd is er in totaal 184 keer een opname-indicatie afgegeven door de deelnemende inrichtingen/locaties. Per maand gaat het dan om 72 gedetineerden. Wanneer we dit doorberekenen naar de landelijke populatie gedetineerden op jaarbasis<sup>5</sup> dan wordt per jaar 1.135 keer vastgesteld dat een opname van de gedetineerde aan de orde is. Verder laat de tabel zien dat in 32 procent van de gevallen de gedetineerde wordt opgenomen in het penitentiair ziekenhuis. Op jaarbasis gaat het dan om 365 gedetineerden. Bij 57 procent vindt opname in een burgerziekenhuis plaats. Dit is 1,8

---

5 De medische diensten die de registratieformulieren hebben gebruikt, omvatten 76 procent van de totale capaciteit binnen DJI. We gaan er vanuit dat bij hen ook 76 procent van de 82.453 gedetineerden met een vrijheidsstraf/ vrijheidsbenemende maatregel in 2005, aanwezig zijn geweest.

keer vaker dan in het penitentiair ziekenhuis. Per jaar worden er in Nederland dan circa 650 gedetineerden opgenomen in een burgerziekenhuis.

*Tabel 6 – Aantal geregistreerde opname-indicaties door justitiële inrichtingen/locaties, in aantallen en percentages*

	N		%
	11 weken	jaarbasis	
Gedetineerde gaat naar penitentiair ziekenhuis	59	363	32
Gedetineerde gaat naar burgerziekenhuis	104	647	57
Gedetineerde gaat niet naar penitentiair of burgerziekenhuis	21	125	11
Totaal	184	1.135	100

In 11 procent van de gevallen vindt geen opname van de gedetineerde plaats in het penitentiair ziekenhuis dan wel een burgerziekenhuis. Dit zou 125 keer per jaar voorkomen. De redenen hiervoor zijn dat voor behandeling opname niet perse noodzakelijk is (negen keer genoemd), wachtlijsten penitentiair ziekenhuis (drie keer genoemd), plaatsing elders (twee keer FOBA, eenmaal verpleeghuis) en behandeling kan wachten tot invrijheidstelling (drie keer genoemd).

#### *Enquêtes*

Ook in de enquêtes is gevraagd naar het aantal keren dat gedetineerden worden opgenomen. Dit onderscheiden naar opname in het penitentiair ziekenhuis en opname in een burgerziekenhuis. Uit de enquêtes blijkt dat een deelnemende justitiële inrichting dan wel locatie gemiddeld één gedetineerde per maand verwijst naar het penitentiair ziekenhuis voor opname. Als we dit doorberekenen naar de landelijke gedetineerdenpopulatie, dan gaan er *per jaar* ca. 900 gedetineerden voor opname naar het penitentiair ziekenhuis.

In een burgerziekenhuis worden er per maand gemiddeld één à twee gedetineerden per deelnemende inrichting opgenomen. Doorberekend naar de gehele landelijke populatie gedetineerden worden er op *jaarbasis* ongeveer 1.300 gedetineerden voor opname naar een burgerziekenhuis verwezen. Dit is anderhalf keer zoveel als naar het penitentiair ziekenhuis.

De cijfers over het aantal opnames per jaar verschillen sterk. Het aantal opnames uit de enquête is vele malen hoger dan uit de registratieformulieren; respectievelijk ongeveer 2.200 en 1.135 opnames op jaarbasis. Mogelijk dat het hoge aantal opnames uit de enquête berust op een overschatting omdat in de enquête naar een schatting per jaar is gevraagd. Anderzijds gaat het bij de registratieformulieren waarschijnlijk om een onderschatting omdat de periode voor het invullen van de registratieformulieren

in de vakantieperiode viel. Het is mogelijk dat door de werkdruk in deze periode de registratieformulieren niet helemaal consistent zijn ingevuld zodat er minder opnames zijn geregistreerd dan er daadwerkelijk plaats hebben gevonden. Daarnaast is de algemene gezondheidstoestand in de zomer doorgaans beter en hebben er minder opnames in het ziekenhuis plaats.

Wel komt uit beide bronnen naar voren dat in een burgerziekenhuis 1,5 tot 1,8 keer meer patiënten worden opgenomen dan in het penitentiair ziekenhuis. Volgens cijfers van het penitentiair ziekenhuis hebben zij in 2005 in totaal 723 gedetineerden opgenomen. Als we dit als uitgangspunt nemen dan zouden er op jaarbasis circa 1.100 à 1.300 gedetineerden worden opgenomen in een burgerziekenhuis. In totaal zou het dan gaan om circa 1.800 – 2.000 gedetineerden die per jaar worden doorverwezen naar de tweedelij in verband met een somatische aandoening.

*Tabel 7 – Geschat aantal ziekenhuisopnames per jaar op grond van de enquête en de registratie*

Opnames in Pen. Ziekenhuis 2005	Vermenigvuldigingsfactor	Opnames in burger-ziekenhuis	Totaal aantal ziekenhuis opnames per jaar	
723	Op basis van de enquête	1.8	1.300	2.000
	Op basis van de registratie	1.5	1.100	1.800

#### 4.2.2 Verloop opname naar achtergrondkenmerken gedetineerden

Tabel 8 beschrijft het verloop van de opname naar achtergrondkenmerken. Deze cijfers zijn gebaseerd op de registratieformulieren.

Uit de totale *kolom*percentages blijkt dat de meeste gedetineerden met een opname-indicatie afkomstig zijn van de penitentiaire inrichtingen. Ruim de helft van de gedetineerden met een opname-indicatie is tussen de 31 en 50 jaar oud en nagenoeg iedereen is een man.

De *rij*percentages in de tabel laten zien dat de uitzet-/detentiecentra hun gedetineerden vooral doorsturen naar het penitentiair ziekenhuis (54 procent); 42 procent gaat naar een burgerziekenhuis. Dit kan worden verklaard door het feit dat met name in deze centra relatief veel eet- en drinkweigeraars voorkomen. De penitentiaire inrichtingen verwijzen hun gedetineerden met name naar een burgerziekenhuis (56 procent) en 35 procent gaat naar het penitentiair ziekenhuis. Overigens maakt de locatie van de penitentiaire inrichting geen verschil bij het verwijzen naar het penitentiair zieken-

huis; inrichtingen die ver van het penitentiair ziekenhuis gelegen zijn, verwijzen net zo vaak naar het penitentiair ziekenhuis als inrichtingen die dichterbij liggen.

*Tabel 8 – Type justitiële inrichting/locatie, leeftijd en geslacht van gedetineerden met opname-indicatie in totaal in KOLOMpercentages, en naar verloop opname in RIJ-percentages (N=184)*

	<b>Totaal %</b>	Opname Pen	Opname burgerzh	Geen opname
<i>Justitiële inrichting/locatie</i>				
- PI	66	35	56	8
- TBS	10	16	74	11
- Jeugd	10	5	53	42
- Uitzet-/detentiecentra	13	54	42	4
<i>Leeftijd</i>				
- 20 jaar of jonger	8	14	57	29
- 21 tot 30 jaar	21	30	47	23
- 31 tot 40 jaar	26	38	60	2
- 41 tot 50 jaar	30	38	60	2
- 51 jaar of ouder	15	27	64	9
<i>Geslacht</i>				
- man	94	36	57	7
- vrouw	6	9	73	18

De TBS-klinieken en de jeugdinrichtingen doen in veel mindere mate een beroep op het penitentiair ziekenhuis. Hier gaan de gedetineerden vooral naar een burgerziekenhuis. Ongeveer driekwart van de gedetineerden in de TBS-klinieken gaat naar een burgerziekenhuis; 16 procent gaat naar het penitentiair ziekenhuis. Bij de jeugdinrichtingen gaat 53 procent naar een burgerziekenhuis. Slechts 5 procent van de jeugdigen wordt opgenomen in het penitentiair ziekenhuis. Wat de leeftijd betreft, jongeren worden veel minder vaak opgenomen in het penitentiair ziekenhuis dan de andere leeftijdscategorieën. Van de jongeren t/m 20 jaar gaat 14 procent naar het penitentiair ziekenhuis. Bij de andere leeftijden is dat ongeveer eenderde. Verder laat de tabel zien dat vrouwen minder vaak worden doorgestuurd naar het penitentiair ziekenhuis dan mannen; respectievelijk 9 procent en 36 procent.

### 4.2.3 Aard opname tweedelij

#### *Kenmerken opname-indicatie*

Ook is in de registratieformulieren gevraagd naar enkele kenmerken van de opname-indicatie. In bijlage 4 staat een overzicht van de diagnoses of indicaties. De meest voorkomende zijn cardiale klachten (n=13), ontregelde diabetes mellitus (n=10), eet-/drinkweigeraar (n=9), metaal (schroeven, plaat, pin) verwijderen uit ledematen (n=8), liesbreuk (n=7) en fracturen (n=5). Tabel 9 geeft een overzicht naar benodigde zorg, specialisme en urgentie.

*Tabel 9 – Aard tweedelijnszorg, specialisme en urgentie van opname-indicatie in totaal in KOLOMpercentages\* en naar verloop opname in RIJpercentages (N=184)*

	<b>Totaal %</b>	Opname Pen	Opname burgerzh	Geen opname
<i>Aard zorg</i>				
- behandeling	43	29	61	11
- operatieve zorg	42	34	59	6
- onderzoek/diagnostiek	20	7	67	27
- post-operatieve zorg	10	50	44	6
- verpleging	8	39	46	15
- verzorging	4	67	-	33
- bevalling	2	33	33	33
- anders	3	20	40	40
<i>Specialisme</i>				
- chirurgie	26	32	61	7
- interne geneeskunde	23	50	39	11
- cardiologie	9	7	71	21
- neurologie	8	25	58	17
- orthopedie	8	33	50	17
- SEH	7	-	100	-
- urologie	5	12	87	-
- longziekten	4	33	67	-
- oogheelkunde	3	-	80	20
- KNO	3	20	80	-
- IC/CCU	3	-	100	-
- anders#	10	18	50	31
<i>Urgentie</i>				
- laag	14	54	38	8
- midden	42	41	48	11
- hoog	44	18	68	14

\* Er waren meer antwoorden mogelijk, daarom telt het aantal hoger dan 100 procent. Het percentage heeft betrekking op het aantal inrichtingen dat betreffend specialisme tenminste één keer heeft genoemd en niet op het aantal gegeven antwoorden.

# Oncologie, dermatologie, gynaecologie, reumatologie, kindergeneeskunde, psychiatrie.



De totaalkolom laat zien dat de zorg waarvoor een opname-indicatie is vastgesteld, voornamelijk behandeling (43 procent) en operatieve zorg (42 procent) betreft. Een op de vijf gevallen heeft betrekking op onderzoek of diagnostiek. De meest voorkomende specialismen zijn overduidelijk chirurgie (26 procent) en interne geneeskunde (23 procent). Cardiologie (9 procent), orthopedie en neurologie (beide 8 procent) volgen op afstand. Spoedeisende hulp is nodig in 7 procent van de gevallen. Een aanzienlijk aantal opnames heeft een hoge urgentie; bij 44 procent dient de opname binnen twee dagen plaats te vinden. Minder urgent is 42 procent, daarbij dient opname binnen 4 weken te geschieden. Een minderheid van de opnames kan langer dan een maand wachten.

#### *Verloop opname naar kenmerken opname-indicatie*

Daarnaast laten de rijpercentages in tabel 9 zien dat gedetineerden met name worden opgenomen in een burgerziekenhuis voor het verrichten van operaties (59 procent), behandeling (61 procent) en onderzoek/diagnostiek (67 procent). Als er sprake is van verzorging gaan gedetineerden met name naar het penitentiair ziekenhuis (67 procent). Bij post-operatieve zorg, bevellingen en verpleging zijn de percentages redelijk gelijk verdeeld over opname in een burgerziekenhuis en het penitentiair ziekenhuis.

Bij de specialismen IC/CCU, SEH en oogheelkunde vindt geen verwijzing plaats naar het penitentiair ziekenhuis. Bij cardiologie en urologie is dit in beperkte mate het geval; respectievelijk 7 procent en 12 procent. Bij de andere specialismen gaat het merendeel naar een burgerziekenhuis, maar toch nog wel zo'n kwart tot eenderde naar het penitentiair ziekenhuis. Uitzondering hierop vormt interne geneeskunde. Gedetineerden met een interne aandoening worden in de meeste gevallen opgenomen in het penitentiair ziekenhuis.

Opname-indicaties met een hoge urgentie worden in bijna 70 procent van de gevallen doorgestuurd naar een burgerziekenhuis. Bij een middenurgentie zijn de opnames gelijk verdeeld over een burgerziekenhuis en het penitentiair ziekenhuis. Opnames met een lage urgentie vinden met name in penitentiair ziekenhuis plaats (54 procent).

#### **4.2.4 Opname in penitentiair ziekenhuis**

Zoals al eerder is gebleken (tabel 6) gaat ongeveer eenderde van de gedetineerden voor opname naar het penitentiair ziekenhuis. In nagenoeg alle gevallen is dit voor een medische behandeling (86 procent) al dan niet in combinatie met verpleeghuiszorg (12 procent). Bij 2 procent is er volgens de registratieformulieren sprake van uitsluitend verpleeghuiszorg of ADL-hulp.

In de schriftelijke enquête onder de medische diensten van de justitiële inrichtingen is gevraagd naar het doel van de opname van gedetineerden in het penitentiair ziekenhuis. Gedetineerden worden hoofdzakelijk om drie redenen in het penitentiair zieken-

huis opgenomen: voor een behandeling, een operatie en voor post-operatieve zorg (tabel 10). Daarnaast worden veel gedetineerden naar het penitentiair ziekenhuis gestuurd voor de behandeling van eet- en drinkweigeraars en voor verpleging of ADL-hulp.

*Tabel 10 – Doel opname penitentiair ziekenhuis, in percentages (N=58)\**

	%
Behandeling	66
Operatieve zorg	62
Post-operatieve zorg	51
Behandeling eet- drinkweigeraars	51
Verpleging/ADL zorg	26
Observatie	24
Revalidatie	9
Bevalling	7

\* Er waren meer antwoorden mogelijk, daarom telt het aantal hoger op dan 100 procent. Het percentage heeft betrekking op het aantal inrichtingen dat betreffende reden tenminste één keer heeft genoemd en niet op het aantal gegeven antwoorden.

#### **4.2.5 Opname in een burgerziekenhuis**

De gegevens over opname van gedetineerden in een burgerziekenhuis komen zowel uit de registratieformulieren als uit de enquête. In deze paragraaf wordt in eerste instantie uitgegaan van de gegevens van de registratieformulieren. Waar dat van belang is, worden deze gegevens vergeleken met die uit de enquête.

Uit de registratieformulieren blijkt dat 57 procent van de gedetineerden wordt verwezen naar een burgerziekenhuis voor opname (tabel 6). Gevraagd is naar de redenen waarom een medische dienst de betreffende gedetineerden naar een burgerziekenhuis verwijst in plaats van het penitentiair ziekenhuis. Deze vraag is ook gesteld in de schriftelijke enquête. De resultaten van zowel de registratieformulieren als de enquête staan in tabel 11.

Volgens de registratieformulieren vormt voor de inrichtingen een spoedopname de belangrijkste reden om naar een burgerziekenhuis te verwijzen (50 procent). Daarnaast gaat het veelal om een dagopname (30 procent) of omdat het penitentiair ziekenhuis niet over het benodigd specialisme beschikt (15 procent).

De resultaten van de enquête geven eveneens aan dat een spoedopname de belangrijkste reden (78 procent) is om gedetineerden op te nemen in burgerziekenhuizen. Andere belangrijke redenen zijn dat het penitentiair ziekenhuis niet beschikt over het benodigde specialisme (37 procent) of te ver weg is (34 procent). In tegenstelling tot de

registratieformulieren wordt het feit dat het penitentiair ziekenhuis geen plaats heeft beduidend vaker genoemd; 52 procent tegenover 4 procent. Dit is een opmerkelijk verschil.

*Tabel 11 – Reden voor opname in een burgerziekenhuis in plaats van in penitentiair ziekenhuis, in percentages\**

	Registratie (n=104)	Enquête* (n=58)
	%	%
Het gaat om spoedopnames	50	78
Dagopname	30	-
Penitentiair ziekenhuis beschikt niet over benodigd specialisme	15	37
Penitentiair ziekenhuis is te ver weg	9	34
Penitentiair ziekenhuis heeft geen faciliteiten voor benodigde zorg	5	27
Penitentiair ziekenhuis heeft geen plaats	4	52
Opnameprocedure Penitentiair ziekenhuis is te omslachtig	2	14
In het verleden slechte ervaring gehad met penitentiair ziekenhuis	1	7
Anders, o.a. wachttijden, geen beveiliging nodig, al bekend in de regio	15	25

\* Er waren meer antwoorden mogelijk, daarom telt het aantal hoger op dan 100 procent. Het percentage heeft betrekking op het aantal inrichtingen dat betreffende reden tenminste één keer heeft genoemd en niet op het aantal gegeven antwoorden.

### *Ligduur*

De gemiddelde duur van een opname verschilt aanzienlijk tussen het penitentiair ziekenhuis en een burgerziekenhuis (tabel 12). In de registratieformulieren is gevraagd naar de (verwachte) opnameduur in het penitentiair ziekenhuis en het burgerziekenhuis. Van circa eenderde van de gedetineerden is dit niet bekend.

*Tabel 12 – Gemiddelde (verwachte) opnameduur penitentiair ziekenhuis en burgerziekenhuis, in percentages (n=60)*

	PEN	Regulier
	%	%
- 1 dag	2	47
- 2 tot 7 dagen	56	51
- 8 tot 14 dagen	31	2
- langer dan twee weken	10	-

In een burgerziekenhuis bedraagt de verwachte opnameduur bij 98 procent maximaal een week, waarvan 47 procent een dagopname betreft. In het penitentiair ziekenhuis duurt bij 58 procent de opname naar verwachting maximaal een week.; 41 procent wordt (naar verwachting) langer dan een week opgenomen.

Dit beeld wordt bevestigd door de resultaten van de enquête. Ook hieruit blijkt dat de opnameduur in een burgerziekenhuis aanmerkelijk korter is dan in het penitentiair ziekenhuis.

### **4.3 Nazorg in penitentiair ziekenhuis**

#### *Omvang en reden nazorg*

Na behandeling in een burgerziekenhuis kunnen gedetineerden worden doorgestuurd voor verdere zorg naar het penitentiair ziekenhuis. Uit de registratieformulieren blijkt dat van de opnames die plaatsvinden in een burgerziekenhuis, 21 procent nog wordt verwezen naar het penitentiair ziekenhuis voor nazorg. Bij 8 procent is nog niet bekend of het penitentiair ziekenhuis nazorg verleend en bij 70 procent vindt geen nazorg door penitentiair ziekenhuis plaats.

In de enquête zijn ook vragen gesteld over de nazorg door het penitentiair ziekenhuis. Sinds 1 januari 2006 hebben 27 medische diensten (47 procent) gedetineerden voor nazorg naar het penitentiair ziekenhuis verwezen. In totaal gaat het om 72 gedetineerden in een periode van ongeveer zes maanden. Dit is ongeveer 16 procent van het aantal gedetineerden dat bij de deelnemende inrichtingen/locaties in een half jaar tijd wordt opgenomen in een burgerziekenhuis.

De belangrijkste reden waarom gedetineerden naar het penitentiair ziekenhuis gaan voor nazorg is dat de justitiële inrichting waarin de gedetineerde is geplaatst niet is ingericht op het verlenen van deze zorg (90 procent). Daarnaast zijn als redenen genoemd dat de justitiële inrichting geen capaciteit heeft voor deze zorg (41 procent) en uit veiligheidsoverwegingen (48 procent). Dit laatste heeft betrekking op de vluchtgevaarlijkheid van de gedetineerden of het risico dat zij vormen voor andere patiënten in een burgerziekenhuis, omdat het bijvoorbeeld gaat om gewelddadige gedetineerden. Ook speelt hierbij een rol dat de inrichting onvoldoende personeel heeft voor de bewaking in het burgerziekenhuis en/of de kosten die dit met zich meebrengt.

#### *Indicatie nazorg*

In bijlage 4 staat ook aangegeven bij welke oorspronkelijke diagnoses of opname-indicaties doorverwijzing plaats vindt naar het penitentiair ziekenhuis voor nazorg. Tabel 13 geeft een overzicht van de oorspronkelijke benodigde zorg en specialisme. Deze gegevens zijn gebaseerd op de registratieformulieren. De tabel laat zien dat nazorg vaker wel dan niet wordt verleend aan gedetineerden die in eerste instantie

zijn opgenomen in een burgerziekenhuis voor operatieve zorg (53 procent vs. 46 procent), post-operatieve zorg (16 procent vs. 6 procent) en verpleging (16 procent vs. 4 procent).

Ook blijkt uit de tabel dat er vaker wel dan geen nazorg plaats vindt in die gevallen waarbij het de specialismen betrof ICU/CCU (21 procent vs. 0 procent), chirurgie (37 procent vs. 26 procent) en neurologie (10 procent vs. 3 procent). Geen nazorg wordt in vergelijking met wel nazorg vaker verleend bij de specialismen cardiologie, SEH en oogheelkunde.

*Tabel 13 – Wel of geen nazorg in penitentiair ziekenhuis naar oorspronkelijke benodigde zorg en specialisme, in percentages\**

	Wel nazorg (N=20) %	Geen nazorg (N=66) %
<i>Oorspronkelijke benodigde zorg</i>		
- operatieve zorg	53	46
- post-operatieve zorg	16	6
- behandeling	42	44
- bevalling	-	2
- verpleging	16	4
- onderzoek/diagnostiek	5	9
- anders	5	2
<i>Oorspronkelijk specialisme</i>		
- ICU/CCU	21	-
- interne geneeskunde	16	15
- cardiologie	5	12
- chirurgie	37	26
- orthopedie	10	7
- urologie	5	7
- longziekten	5	5
- neurologie	10	3
- SEH	5	15
- oogheelkunde	-	7
- anders (o.a. oncologie, gynaecologie, KNO)	10	8

\* Er waren meer antwoorden mogelijk, daarom telt het aantal hoger dan 100 procent. Het percentage heeft betrekking op het aantal inrichtingen dat betreffend specialisme tenminste één keer heeft genoemd en niet op het aantal gegeven antwoorden.

### Ligduur

De gemiddelde ligduur in het penitentiair ziekenhuis voor nazorg is bij 29 procent onbekend. Van degenen waarbij dit wel bekend is, duurt de opname bij de helft naar verwachting maximaal een week. Bij een kwart procent zal de verwachte opnameduur een week bedragen, bij 15 procent is dat twee tot vier weken en bij 10 procent bedraagt de verwachte opnameduur meer dan een maand.

## 4.4 Gewenst aanbod penitentiair ziekenhuis

In de enquête onder de medische diensten van de justitiële inrichtingen is gevraagd welke soort zorg het penitentiair ziekenhuis minimaal zou moeten bieden (tabel 14). Veel medische diensten geven aan dat behandeling via een opname én postoperatieve zorg (beide 85 procent) minimaal door het penitentiair ziekenhuis geboden moet worden. Daarnaast hebben de meeste wensen ten aanzien van het aanbod van zorg door het penitentiair ziekenhuis betrekking op verpleeghuiszorg (70 procent) en revalidatie (61 procent).

*Tabel 14 – Soort zorg dat het penitentiair ziekenhuis minimaal zou moeten bieden volgens de medische diensten, in percentages (N=58)\**

	%
Behandeling (opname)	85
Postoperatieve zorg	85
Verpleeghuiszorg/ADL	70
Revalidatie	61
Diagnostiek	41
Behandeling (poliklinisch)	33

\* Er waren meer antwoorden mogelijk, daarom telt het aantal hoger op dan 100 procent. Het percentage heeft betrekking op het aantal inrichtingen dat betreffende reden tenminste één keer heeft genoemd en niet op het aantal gegeven antwoorden.

De specialismen die het penitentiair ziekenhuis daarbij zou moeten bieden zijn in tabel 15 weergegeven. De medische diensten konden daarbij kiezen uit een lijst van 19 specialismen. In de enquête komen alle specialismen minstens één keer voor, maar in de tabel zijn alleen de twaalf meest genoemde opgenomen. De belangrijkste zijn interne geneeskunde (80 procent), chirurgie (75 procent), cardiologie (57 procent) en neurologie (54 procent).

*Tabel 15 – Soort specialisme dat het penitentiair ziekenhuis minimaal zou moeten bieden volgens de medische diensten, in percentages (N=52)\**

	%
Interne geneeskunde	80
Chirurgie	75
Cardiologie	57
Neurologie	54
Longziekten	47
KNO	43
Radiologie	41
Orthopedie	39
Dermatologie	33
Urologie	33
Heelkunde	31
Oncologie	31

\* Er waren meer antwoorden mogelijk, daarom telt het aantal hoger op dan 100 procent. Het percentage heeft betrekking op het aantal inrichtingen dat betreffende reden tenminste één keer heeft genoemd en niet op het aantal gegeven antwoorden.

Als het penitentiair ziekenhuis de verlangde soort zorg en de verlangde specialismen zou bieden, zou iets meer dan de helft van de medische diensten zeker vaker van het penitentiair ziekenhuis gebruik maken en 21 procent in ieder geval regelmatig. Toch geeft nog circa een kwart (28 procent) van de medische diensten aan geen gebruik van het penitentiair ziekenhuis te zullen maken, ook al biedt het penitentiair ziekenhuis de gewenste soort zorg en specialismen. De reden die men daarvoor geeft is dat het penitentiair ziekenhuis te ver weg is en er dientengevolge problemen met het transport optreden. Dit geldt niet zozeer voor gedetineerden die voor een langere periode opgenomen moeten worden, maar vooral voor degenen die voor een korte (dag)behandeling, of voor korte, herhaalde behandelingen naar het ziekenhuis moeten.

De helft van de medische diensten geeft aan dat de ligging en de wachttijden van het penitentiair ziekenhuis moeten veranderen. Men wil een meer centrale ligging in het land en kortere wachttijden.

#### **4.5 Oordeel aanbod justitiële tweedelijnszorg**

Aan het slot van de enquête is de medische diensten gevraagd hun mening te geven over een aantal stellingen over het penitentiair ziekenhuis en de wijze waarop de justitiële tweedelijnszorg vormgegeven kan worden. In tabel 16 is een overzicht van de antwoorden op de stellingen gegeven.

Het blijkt dat veruit de meeste medische diensten het er mee eens zijn dat het penitentiair ziekenhuis een essentiële rol vervult (79 procent) en dat het zeker niet overbodig is (85 procent). Dit zou erop duiden dat de medische diensten het bestaansrecht van een penitentiair ziekenhuis onderschrijven. Daar staat tegenover dat 60 procent van de inrichtingen c.q. locaties hun gedetineerden liever naar een burgerziekenhuis stuurt dan naar het penitentiair ziekenhuis. En een ruime meerderheid vindt eveneens dat de ziekenhuiszorg voor gedetineerden zou moeten integreren met de reguliere ziekenhuiszorg.

Over het in huis hebben van alle specialismen zijn de meningen verdeeld, wel is ruim driekwart van mening dat het penitentiair ziekenhuis meer centraal in het land gevestigd moet zijn en 62 procent vindt dat het penitentiair ziekenhuis ook langdurige zorg moet bieden zodat deze niet in de inrichting zelf verleend hoeft te worden.

*Tabel 16 – Stelling over het penitentiair ziekenhuis en aanbod justitiële tweedelijnszorg, in percentages (N=58)*

	(Helemaal) mee eens	(Helemaal) oneens	Weet niet
Het penitentiair ziekenhuis is een essentieel onderdeel van de justitiële gezondheidszorg	79	21	-
Het penitentiair ziekenhuis is overbodig	11	85	4
Het penitentiair ziekenhuis zou alle specialismen zelf in huis moeten hebben	45	46	9
Het penitentiair ziekenhuis zou meer centraal in het land gevestigd moeten zijn	77	15	8
Het penitentiair ziekenhuis moet ook langdurige zorg (verpleeghuiszorg) bieden zodat gedetineerden niet in de inrichting verzorgd hoeven worden	62	35	4
In de inrichtingen zelf zouden ziekenboegen ingericht moeten worden voor verpleging en verzorging van gedetineerden	17	81	2
Bewakingspersoneel zou opgeleid moeten worden om een deel van de zorg voor gedetineerden over te nemen	13	79	8
Het verdient voorkeur de justitiële ziekenhuiszorg te integreren met de reguliere ziekenhuiszorg	60	25	15
Op verpleging en verzorging van gedetineerden zijn de justitiële inrichtingen niet ingericht	85	11	4
Voor medische behandeling stuur ik gedetineerden liever naar burgerziekenhuis dan naar het penitentiair ziekenhuis	60	30	9

De verpleging en verzorging van gedetineerden in de inrichtingen zelf is voor de medische diensten geen optie omdat die daar niet op zijn ingericht. Men is het er voor het grootste deel ook over eens dat er geen ziekenboegen moeten komen (81 procent)



en dat het bewakingspersoneel geen rol zou moeten spelen bij de verpleging of verzorging van gedetineerden (79 procent).



## 5 Knelpunten in de justitiële tweedelijnszorg

In de voorgaande hoofdstukken is uitvoerig stilgestaan bij het aanbod van het penitentiair ziekenhuis, de wijze waarop de verwijzing in de praktijk loopt en de vraag naar tweedelijnszorg voor gedetineerden. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de belangrijkste knelpunten zoals die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

### 5.1 Onvoldoende expertise en faciliteiten penitentiair ziekenhuis

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat de behoefte aan medische tweedelijnszorg vanwege een somatische aandoening het aanbod van het penitentiair ziekenhuis overstijgt. De meeste gedetineerden gaan dan ook naar een burgerziekenhuis in plaats van het penitentiair ziekenhuis. Dit komt met name doordat het penitentiair ziekenhuis een medium-care ziekenhuis is en hierdoor onvoldoende faciliteiten in huis heeft om aan de vraag te kunnen voldoen. Het penitentiair ziekenhuis is onvoldoende of niet toegerust voor geavanceerd diagnostisch onderzoek en spoedeisende zorg, en het beschikt niet over high-care faciliteiten zoals een IC of CCU. Ook kan er geen nierdialyse plaatsvinden. Daarnaast beschikt het ziekenhuis alleen over een chirurg en moeten alle andere specialismen ingehuurd worden.

Uit de interviews met de medische diensten (n=11) blijkt dat het merendeel voornamelijk een beroep doet op het penitentiair ziekenhuis voor nazorg, semi-acute zaken zoals behandeling van eet-/drinkweigeraars, TBC-cliënten en ontregelde diabetes mellitus en eenvoudige chirurgische ingrepen. Patiënten met een complexere problematiek gaan naar een burgerziekenhuis, alsmede patiënten waarvan de diagnose nog onbekend is.

Volgens enkele artsen van het penitentiair ziekenhuis kent het uitbreiden van het ziekenhuis zijn beperkingen. Zo heeft het in dienst nemen van andere specialisten geen zin omdat de vraag hiervoor te divers is. Daarnaast zou een eigen IC/CCU afdeling te kwetsbaar zijn omdat deze relatief klein zal zijn.

### 5.2 Afstand penitentiair ziekenhuis en transport

Een ander belangrijk probleem dat naar voren komt uit de interviews met de medische diensten en de enquêtes is de ligging van het penitentiair ziekenhuis. Deze is voor een aanzienlijk deel van de justitiële inrichtingen te ver weg. Hierdoor kan geen

beroep worden gedaan op het penitentiair ziekenhuis in geval van spoedeisende situaties. Daarnaast kan vanwege logistieke problemen met het transport de poliklinische zorg niet geschieden in het penitentiair ziekenhuis. Verantwoordelijk voor het transport van gedetineerden is de Dienst Vervoer & Ondersteuning. De transportdienst kan echter niet garanderen dat een gedetineerde op een bepaalde dag op een bepaald tijdstip aanwezig is. Als gevolg hiervan wordt een poliklinisch consult of dagopname in het penitentiair ziekenhuis door de lange reisafstanden toch een opname van meerdere dagen. Dit vormt overigens een algemeen knelpunt van DV&O en is niet uitsluitend gerelateerd aan het penitentiair ziekenhuis.

Ook voor het penitentiair ziekenhuis vormt het huidige transport door DV&O een groot probleem. Zij zouden hierdoor productieverlies draaien omdat consulten en controles niet op één dag kunnen plaatsvinden en een gedetineerde, geheel onnodig, enkele dagen moet worden opgenomen. Daarnaast wordt een gedetineerde in het geval van een operatie een dag van te voren al opgeroepen. Ook dit is medisch gezien geheel onnodig.

### 5.3 Wachtlijstbeleid en -beheer

Voor de electieve opnames geldt een wachtlijst bij het penitentiair ziekenhuis. Volgens enkele geïnterviewde medische diensten van de justitiële inrichtingen zou deze aanzienlijk langer zijn dan in burgerziekenhuizen. Ook enkele artsen van het penitentiair ziekenhuis onderschrijven het gegeven dat de electieve opnames een lange wachtlijst kennen. De lengte van de wachtlijst is afhankelijk van het specialisme, maar kan oplopen tot een jaar. Volgens het penitentiair ziekenhuis valt het voor chirurgie mee omdat deze persoon in dienst is bij het penitentiair ziekenhuis en wekelijks opereert. Voor de andere specialisaties zou een ander verhaal gelden. Zij komen eenmaal in de zoveel tijd naar het penitentiair ziekenhuis. Zo bezoekt de orthopeed het penitentiair ziekenhuis vijf à zes keer per jaar. De wachtlijsten zouden dan ook worden veroorzaakt door de lage frequentie dat specialisten in het penitentiair ziekenhuis werkzaam zijn.

Daarnaast is door een aantal geïnterviewde medische diensten aangegeven dat zij problemen ervaren met de wijze waarop het penitentiair ziekenhuis de wachtlijsten beheert. Volgens hen zouden de inrichtingen onvoldoende tot geen informatie krijgen over de wachtlijstperiode en de plaats van de gedetineerde op de lijst. *‘We moeten alles faxen, maar krijgen daarop geen reactie: niet dat de papieren binnen zijn en niet hoe lang het nog duurt.* Ook over hoe de wachtlijst tot stand komt zou geen duidelijkheid bestaan bij het merendeel van de geïnterviewde medische diensten. *‘Ik weet ook niet hoe het gaat: komt er om de zoveel tijd iemand, een chirurg, of sparen ze bijvoorbeeld de knietjes op totdat er tien zijn’.* Informatie over de wachtlijst is voor

deze inrichtingen echter wel van belang voor het kunnen maken van de afweging om de gedetineerde alsnog door te verwijzen naar een burgerziekenhuis.

#### 5.4 Verkeerde bedproblematiek

In het penitentiair ziekenhuis liggen met enige regelmaat gedetineerden die daar volgens de medewerkers van het ziekenhuis niet horen te liggen. Dit zijn in het bijzonder de verpleeg- en zorgbehoeftige gedetineerden. Het penitentiair ziekenhuis is naar eigen zeggen duidelijk een passanteninrichting. Iemand komt tijdelijk naar het ziekenhuis voor een medische behandeling en zodra hij is uitbehandeld dient de gedetineerde weer terug te gaan naar de inrichting. De inrichtingen zouden echter – volgens het penitentiair ziekenhuis – regelmatig proberen hun zorggedetineerden, al dan niet onder druk van de directie, opgenomen te krijgen in het penitentiair ziekenhuis. In dergelijke gevallen is er sprake van een oneigenlijke indicatie omdat er geen medische noodzaak of verpleeghuisindicatie is. Ook het (terug)plaatsen van gedetineerden vormt voor het ziekenhuis een probleem als deze (nog) enige zorg nodig hebben of een handicap hebben. De inrichtingen zouden terughoudend zijn met het terugnemen van dergelijke gedetineerden. Dit betekent wel dat een gedetineerde patiënt ‘onterecht’ een bed bezet houdt in het penitentiair ziekenhuis. *‘Soms houdt iemand maanden een bed onterecht bezet. In deze periode hadden ook andere gedetineerden geholpen kunnen worden’.*

Ook voor nagenoeg alle geïnterviewde medische diensten vormen de verpleeg- en zorgbehoeftige gedetineerden een probleem. Zij zouden naar eigen zeggen onvoldoende uitgerust zijn voor het bieden van basiszorg zoals hulp bij de algemene dagelijkse levensbehoeften (ADL), het verlenen van verpleegkundige zorg (o.a. observatie bij instellen diabetes, stomazorg en wondverzorging) en het huisvesten van gehandicapten. Volgens enkele medische diensten zou het verlenen van ADL-hulp aan een gedetineerde niet tot de kerntaken behoren van de medische dienst en de penitentiaire inrichting werkers (PIW’ers). Daarnaast geldt dat de medische diensten in het algemeen alleen tijdens kantooruren zijn bemand. Overdag vormt het bieden van toezicht en het verrichten van verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging en stomazorg geen enkel probleem voor de medische dienst. Daarbuiten, volgens de meeste geïnterviewde medische diensten, echter wel omdat er niemand aanwezig zou zijn die dit kan doen. Zo gaan na 17:00 uur de deuren dicht en kan een gedetineerde alleen geobserveerd worden door het luikje. Dit is echter onvoldoende voor het observeren van gedetineerden met bijvoorbeeld epilepsie of een ontregelde diabetes mellitus.

Uit de interviews komt naar voren dat de wijze waarop de justitiële inrichtingen omgaan met zorggedetineerden sterk verschilt per inrichting. De meesten doen voor de verpleegkundige handelingen in de avonden of de weekenden een beroep op de huisartsenpost of spoedarts, een enkeling schakelt de thuiszorg in en bij enkele inrichtin-

gen komen de verpleegkundigen van de medische dienst hiervoor terug. Dit laatste is alleen mogelijk omdat het geen structurele situatie betreft. Verpleegkundigen draaien dan in feite overuren. Voor het verlenen van ADL-hulp wordt ook wel eens een beroep gedaan op de PIW'ers. Eén inrichting heeft zelfs enkele PIW'ers opgeleid voor het verlenen van extra zorg. Zij kunnen dan tijdelijk voor ongeveer drie dagen tot maximaal een week een zorggedetineerde helpen. De medische dienst verzorgt de training en PIW'ers melden zich aan op basis van vrijwilligheid.

Over het aantal zorggedetineerden per jaar verschillen de betreffende geïnterviewde medische diensten van mening. De een geeft aan dat het incidenteel voorkomt; twee à drie keer per jaar is verpleegkundige zorg nodig en ADL-hulp komt nog minder voor. Een ander geeft aan dat zij maandelijks een zorggedetineerde in de inrichting hebben. Wel zouden zorggedetineerden voor de justitiële inrichting, ongeacht de frequentie, een reëel beheersprobleem vormen. Het penitentiair ziekenhuis zou ze niet willen hebben omdat zij een passanteninrichting is en het ziekenhuis anders dichtslibt. Inrichtingen zouden de zorg niet kunnen bieden omdat in het algemeen alleen overdag door de week iemand aanwezig is op de medische dienst. De behoefte aan een structurele oplossing is hoog. Temeer omdat verschillende sleutelinformanten een toename verwachten van het aantal zorggedetineerden door de vergrijzing van de populatie, stijging van het aantal chronisch zieken en infectieziekten en de toename van oudere verslaafden. Ook de straffen worden langer, aldus een medische dienst van een penitentiaire inrichting.

## **5.5 Opnamebeleid penitentiair ziekenhuis**

Van de geïnterviewde medische diensten (n=11) hebben verschillende aangegeven dat de opnameprocedure van het penitentiair ziekenhuis niet zou aansluiten bij de praktijk. De gedetineerden dienen schriftelijk te worden aangemeld. Probleem is echter – volgens deze medische diensten – dat het penitentiair ziekenhuis niet adequaat zou reageren op de aanmeldingen. Bij de electieve opnames zou er in onvoldoende mate tot geen terugkoppeling zijn over de status van opname of wachtlijst. Zolang het penitentiair ziekenhuis niets heeft laten weten, blijft ook de gedetineerde zelf in het ongewisse. Bij de spoedopnames zou het ziekenhuis naar de mening van enkele geïnterviewde medische diensten laat reageren. Terwijl een snelle reactie veelal wel geboden is omdat er nog een alternatief moet worden geregeld als opname in het penitentiair ziekenhuis niet kan plaatsvinden. Het merendeel van de geïnterviewde medische diensten belt dan ook standaard naar het penitentiair ziekenhuis vóór of direct na de schriftelijke aanmelding. Zij wachten niet een reactie van het ziekenhuis af. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het penitentiair ziekenhuis negatieve ervaringen heeft met het vermelden van de benodigde gegevens op de aan-

meldingsformulieren. *‘Soms staat er alleen: graag opnemen! Zonder vermelding van verdere gegevens’*.

Een ander probleem bij het opnamebeleid vormt voor diverse geïnterviewde medische diensten het feit dat het penitentiair ziekenhuis alleen overleg zou willen voeren met de betreffende arts over de verwijzing. In de justitiële inrichtingen regelen de verpleegkundigen de opname omdat de inrichtingsartsen in beperkte mate aanwezig zijn. De artsen draaien een aantal keer per week spreekuur en zijn daarnaast alleen telefonisch oproepbaar. Forensisch geneeskundigen werken alleen maar op oproepbasis. Het voeren van overleg op artsenniveau zou hierdoor worden bemoeilijkt. Als een arts van het penitentiair ziekenhuis terugbelt, zou de inrichtingsarts veelal niet aanwezig zijn. Bovendien zijn de artsen van het penitentiair ziekenhuis alleen tijdens kantooruren aanwezig in het ziekenhuis. Buiten kantooruren is één arts telefonisch bereikbaar.

## **5.6 Bejegening door penitentiair ziekenhuis**

Naast deze meer procedurele kanttekeningen, zouden verschillende geïnterviewde medische diensten en forensisch geneeskundigen ook negatieve ervaringen hebben met de wijze waarop ze behandeld worden door het penitentiair ziekenhuis. Dit verschilt per persoon, maar in het algemeen voelen zij zich onvriendelijk behandeld door het penitentiair ziekenhuis. *‘Het penitentiair ziekenhuis wenst alleen met artsen te spreken en weet dit op een zeer denigrerende wijze kenbaar te maken’*. Of *‘als we dan een arts te pakken krijgen dan zijn dit geen leuke gesprekken omdat zij zich onder druk voelen gezet’*. Ook de informatievoorziening over de gedetineerden zou te wensen overlaten. Volgens enkele geïnterviewde medische diensten is het lastig iemand te spreken te krijgen binnen het ziekenhuis die op de hoogte is van de situatie van de gedetineerde. Of informatie zou alleen worden gegeven aan de arts en niet aan de verpleegkundigen van de medische dienst.

## **5.7 Productieverlies penitentiair ziekenhuis**

Het penitentiair ziekenhuis haalt de richtlijn van een gemiddelde capaciteitsbezetting van 85 procent niet. Zo bedraagt in 2005 de bezetting van de bedden gemiddeld 83 procent. Hiervoor zijn enkele redenen aan te dragen:

- het aantal eenpersoonskamers zou tekort schieten. Volgens het penitentiair ziekenhuis hebben zij niet zozeer te weinig bedden, maar teveel zalen. Niet iedere gedetineerde die wordt aangemeld zou geschikt zijn om op zaal te liggen. Iemand is niet gemeenschapsgeschied, het is een vrouw en op zaal liggen allemaal mannen of vice versa, of de gedetineerde moet separaat worden verpleegd;

- wegvallen van ingeplande gedetineerde gedetineerden. In 2005 zijn er 23 gedetineerden geweest die vlak voor vertrek of zelfs nog in het penitentiair ziekenhuis aftekende en niet meer geopereerd wilden worden. Dit heeft echter wel een gat in de planning tot gevolg dat niet op korte termijn zou kunnen worden opgevangen en ingevuld.

Verder zou de moeizame doorstroom naar de justitiële inrichtingen een rol spelen bij de productiviteit van het penitentiair ziekenhuis. Het zou vaak voorkomen dat een gedetineerde meerdere dagen moet wachten voordat hij/zij daadwerkelijk met ontslag kan. Volgens het penitentiair ziekenhuis voelen de inrichtingen zich niet meer verantwoordelijk voor de gedetineerde zodra deze in het penitentiair ziekenhuis is opgenomen. In hun ogen blijft een inrichting verantwoordelijk voor de gedetineerde en zij dienen deze persoon terug te nemen als er geen sprake meer is van een opname-indicatie. Inrichtingen zouden echter regelmatig te terughoudend zijn om een gedetineerde terug te nemen. Andere redenen voor de moeizame doorstroom zouden zijn:

- transport kan niet eerder geregeld worden;
- cel is inmiddels weer bezet in inrichting van herkomst;
- er moet een plaats worden gecreëerd omdat iemand direct van de straat komt;
- observatie en indien nodig direct ingrijpen is noodzakelijk. Dergelijk toezicht kan niet geboden worden in de inrichtingen omdat in de avonden en de nacht de celdeuren niet open mogen blijven.

Ook de registratie van gedetineerden zou binnen de inrichtingen niet optimaal zijn, volgens medewerkers van het penitentiair ziekenhuis. Het komt regelmatig voor dat het penitentiair ziekenhuis een gedetineerde oproept die inmiddels overgeplaatst blijkt te zijn. Waarnaar toe is dan niet bekend. De medische diensten zouden in onvoldoende mate de moeite nemen om het penitentiair ziekenhuis te informeren over overplaatsing of invrijheidstelling van gedetineerden.



## 6 Samenvatting en conclusies

### 6.1 Vraagstelling en opzet van het onderzoek

In opdracht van het ministerie van Justitie heeft het onderzoeksinstituut ITS een onderzoek verricht naar de aansluiting tussen vraag en aanbod van de justitiële tweedelijns gezondheidszorg. Het gaat hierbij om de somatische tweedelijnszorg voor gedetineerden.

In het onderzoek stond de volgende vraagstelling centraal:

*Hoe ziet de vraag van justitiële inrichtingen en ketenpartners naar tweedelijns gezondheidszorg eruit, in hoeverre kan het penitentiair ziekenhuis in deze behoefte voorzien, en op welke wijze zouden vraag en aanbod meer op elkaar afgestemd kunnen worden?*

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van vijf deelonderzoeken:

#### *Documentenanalyse*

Op de eerste plaats is er een beknopte documentanalyse verricht. In bijlage 1 staat een overzicht van de literatuur en documenten die zijn geraadpleegd. Het betreft vooral onderzoeksrapporten, verwijzings- en opnameprotocollen en jaarverslagen. Ook is aandacht besteed aan relevante wet- en regelgeving en internationale verdragen.

#### *Kwalitatieve interviews met sleutelinformanten*

Daarnaast zijn er kwalitatieve interviews met sleutelinformanten gehouden. Deze sleutelinformanten zijn afkomstig van alle betrokken partijen: beleidsmakers, justitiële inrichtingen, ketenpartners en zorgaanbieders. In totaal zijn er 25 vraaggesprekken gevoerd. Bijlage 2 geeft een volledig overzicht van de respondenten.

#### *Enquête*

Verder is er een schriftelijke enquête uitgezet onder alle locaties van de justitiële inrichtingen (PI's en HvB's, TBS-klinieken, JJI's en de uitzet-/detentiecentra)<sup>6</sup>. In de enquête zijn vragen gesteld over de achtergrondkenmerken van de inrichtingen, de verwijzing naar de tweedelijns ten behoeve van poliklinische zorg, het opnemen van gedetineerden in een ziekenhuis en de nazorg verleend door het penitentiair zieken-

---

6 PI: Penitentiaire Inrichting.  
HvB: Huis van Bewaring.  
JJI: Justitiële Jeugdinstelling.

huis in Scheveningen. De enquête is eind juni verstuurd naar in totaal 105 locaties. De respons bedraagt uiteindelijk 58 geretourneerde ingevulde vragenlijsten (59 procent).

### *Registratie*

Om een meer objectief inzicht te verkrijgen in de vraag naar justitiële tweedelijnszorg is een registratiesysteem ontwikkeld. Alle justitiële inrichtingen is gevraagd om gedurende een maand een aantal gegevens bij te houden van alle gevallen waarbij sprake is geweest van een indicatie voor een opname binnen de tweedelijns vanwege een somatische aandoening. Het gaat hierbij om een spoedopname, dagopname of meerdaagse opname. In totaal zijn 184 registratieformulieren ontvangen.

## **6.2 Justitiële tweedelijnsgezondheidszorg**

### *Uitvoering vrijheidsstraffen*

In Nederland is de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) verantwoordelijk voor de uitvoering van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen. De tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen vindt plaats binnen de volgende instellingen:

- de sector Gevangeniswezen: penitentiaire inrichtingen;
- de sector Justitiële Jeugdinstellingen: opvang- en behandelinstellingen;
- de sector TBS: TBS-klinieken;
- de Directie Bijzondere Voorzieningen: detentie en uitzetcentra.

Het onderzoek heeft zich voornamelijk op deze instellingen gericht. Daarnaast waren ook de zogenaamde ketenpartners betrokken bij het onderzoek, namelijk de politie en de Koninklijke Marechaussee (KMar) omdat arrestanten die in cellen verblijven ook verwezen kunnen worden naar het penitentiair ziekenhuis.

### *Recht op gezondheidszorg*

Naast de tenuitvoerlegging van de straffen of maatregelen van gedetineerden, is DJI ook verantwoordelijk voor hun dagelijkse verzorging. DJI heeft daarbij de verplichting om te voorzien in gezondheidszorg voor gedetineerden. Voor deze gezondheidszorg geldt het zogenaamde equivalentiebeginsel: de geboden medische zorg in justitiële inrichtingen dient zoveel mogelijk gelijkwaardig te zijn aan die in de burgermaatschappij. Het recht van gedetineerden op adequate gezondheidszorg is internationaal en nationaal vastgelegd in een aantal verdragen en wetten. Van toepassing zijnde internationale overeenkomsten zijn de Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners en de European Prison Rules. In Nederland is het recht op gezondheidszorg vastgelegd in de beginselenwetten voor de penitentiaire inrichtingen, justitiële jeugdinstellingen en TBS-klinieken.

### *Uitvoering justitiële tweedelijns gezondheidszorg*

In de behoefte aan tweedelijns gezondheidszorg voor de justitiële inrichtingen wordt voorzien door het penitentiair ziekenhuis in Scheveningen en burgerziekenhuizen. Bepalingen omtrent de verwijzing van gedetineerden naar de tweedelijns zijn voor de penitentiaire inrichtingen vastgelegd in de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden van 15 augustus 2000. In principe worden gedetineerden die in een ziekenhuis opgenomen moeten worden, opgenomen in het penitentiair ziekenhuis. Als er sprake is van opname van een gedetineerde dienen de penitentiaire inrichtingen te allen tijde contact op te nemen met het penitentiair ziekenhuis om over opname te overleggen. Alleen als het medisch gezien noodzakelijk is en opname in het penitentiair ziekenhuis niet mogelijk of wenselijk is, kan de directeur van een penitentiaire inrichting besluiten tot opname in een burgerziekenhuis. Voor TBS-klinieken, Jeugdinstellingen, politie en KMar is er geen regelgeving ten aanzien van de verwijzing naar de tweedelijns.

## **6.3 Het penitentiair ziekenhuis**

### *Capaciteit*

Het penitentiair ziekenhuis heeft de status van een HvB en beschikt over 56 ziekenhuisbedden verdeeld over drie afdelingen. Er zijn tien zalen van drie bedden. Hierbij is geen sprake van gemengd verplegen wat betreft het geslacht van de gedetineerde patiënten. Daarnaast zijn er 20 eenpersoonskamers waaronder twee EBI-cellen en negen cellen voor TBC-cliënten. Verder zijn er nog zes inkomstencellen voor observatie van eet-/drinkweigeraars en consulten en dergelijke.

In 2005 zijn er in totaal 723 gedetineerde patiënten opgenomen waarvan 357 via de wachtlijst en 366 waren (semi)spoed gevallen. De overgrote meerderheid van de opgenomen patiënten was afkomstig uit de penitentiaire inrichtingen. De gemiddelde bezettingsgraad over 2005 was 83 procent met een gemiddelde bezetting van 46,4 patiënten per dag. De ligduur van de gedetineerde patiënten bedraagt gemiddeld 22 dagen.

### *Personeel*

Het penitentiair ziekenhuis heeft vier artsen in dienst. Hiervan is er één chirurg. De anderen zijn algemene artsen en geen specialisten. Met uitzondering van de chirurg worden alle benodigde specialismen ingehuurd. De meeste specialisten zijn afkomstig van het Ziekenhuis Bronovo te Den Haag. In principe is ieder specialisme op afroep beschikbaar voor gedetineerden, maar er zijn structurele afspraken gemaakt met bepaalde veelvoorkomende specialismen:

- de longarts, internist en gynaecoloog houden iedere week spreekuur;
- de chirurg opereert wekelijks;
- de KNO-arts opereert doorgaans iedere acht weken;
- de orthopeed opereert gemiddeld vijf à zes keer per jaar.

Verder heeft het penitentiair ziekenhuis 34 verpleegkundigen in dienst voor 30,4 fte.

### *Zorgaanbod*

Het penitentiair ziekenhuis is een medium care ziekenhuis omdat het niet beschikt over faciliteiten voor high-care zorg, zoals een afdeling intensive care (IC) of een coronary care unit (CCU – hartbewaking). Verder beschikt het ziekenhuis niet over een afdeling spoedeisende hulp (SEH) en kan er geen geavanceerd diagnostisch onderzoek plaatsvinden, zoals endoscopie, CT-scan of MRI. In het penitentiair ziekenhuis worden stabiele gedetineerden opgenomen die niet-spoedeisende somatische zorg nodig hebben. Aan de opname van een gedetineerde moet een ziekenhuisindicatie of een verpleeghuisindicatie ten grondslag liggen. Het gaat met name om:

- relatief eenvoudige geplande chirurgische ingrepen zoals liesbreuk, buikwandbreuken, septumcorrectie, sinus pilonidalis;
- post-operatieve zorg;
- consultaties en controles;
- observatie van eet- en drinkweigeraars;
- observatie en behandeling van gedetineerden met interne aandoening met name diabetes mellitus;
- pre- en postpartum zorg;
- tuberculosebehandeling (TBC).

## **6.4 De vraag naar en het aanbod van justitiële tweedelijnszorg**

Bij de analyse van de vraag naar justitiële tweedelijnszorg, afkomstig van PI's, TBS-klinieken, JJI's en detentie- en uitzetcentra, is het van belang een onderscheid te maken tussen poliklinische zorg en zorg die opname van de patiënt vergt. Bij poliklinische zorg is er geen sprake van opname en de behandeling of het consult vindt in het ziekenhuis plaats waarna de patiënt het ziekenhuis meestal direct weer kan verlaten.

### **6.4.1 Poliklinische zorg**

#### *Vraag naar poliklinische zorg*

Vanuit de justitiële inrichtingen is er een grote vraag naar poliklinische zorg. Op basis van de gegevens uit de enquête kan worden berekend dat per jaar bijna 18.000 keer

door gedetineerden gebruik wordt gemaakt van poliklinische zorg in het ziekenhuis. Voor de poliklinische zorg wordt vrijwel uitsluitend gebruik gemaakt van burgerziekenhuizen. Uit de enquête blijkt dat 63 procent van de medische diensten nooit contact met het penitentiair ziekenhuis opneemt als het om poliklinische zorg gaat.

De specialismen waarnaar het meest wordt doorgestuurd voor wat betreft de poliklinische zorg zijn chirurgie, interne geneeskunde en orthopedie. De meest voorkomende indicaties waarvoor gedetineerden naar een polikliniek worden doorverwezen zijn infectieziekten (HIV, hepatitis), fracturen en botbreuken, hartklachten en diabetes.

#### *Het aanbod van poliklinische zorg*

Het penitentiair ziekenhuis speelt nauwelijks een rol bij de poliklinische zorg. In 2005 verleende het aan 863 patiënten poliklinische zorg. Deze patiënten waren vrijwel uitsluitend afkomstig van de PI Haaglanden, locatie Scheveningen en de UNDU<sup>7</sup>. Door het karakter en de locatie van het penitentiair ziekenhuis ligt het ook niet voor de hand dat het penitentiair ziekenhuis een grotere rol bij de poliklinische zorg zal kunnen spelen. Het penitentiair ziekenhuis is een medium care ziekenhuis en heeft, behoudens een chirurg, zelf geen specialisten in dienst. Het kan daardoor niet alle poliklinische zorg bieden. Verder is het transport van patiënten naar het ziekenhuis een probleem. DV&O<sup>8</sup> verzorgt het transport van gevangenen maar kan niet garanderen dat een gedetineerde op vastgestelde tijden in het ziekenhuis aanwezig is en weer opgehaald wordt. Voor een kort poliklinisch bezoek zou een gedetineerde daarom één of meer dagen opgenomen moeten worden.

## **6.4.2 Opnames**

#### *De vraag naar opnamecapaciteit*

De cijfers over het aantal opnames per jaar verschillen sterk. Het berekende aantal opnames uit de enquêtes is vele malen hoger dan uit de registratieformulieren; respectievelijk ongeveer 2.200 en 1.135 opnames op jaarbasis. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de onderzoeksperiode voor de registratieformulieren in de vakantie viel. Dit is geen representatieve periode omdat de medische diensten dan niet volledig bezet zijn en het aantal opnames in deze maanden lager is.

Zowel uit de enquête als uit de registratieformulieren komt naar voren dat het aantal opnames in een burgerziekenhuis in vergelijking met het penitentiair ziekenhuis zo'n 1,5 à 1,8 keer zoveel is. Volgens cijfers van het penitentiair ziekenhuis hebben zij in 2005 in totaal 723 gedetineerden opgenomen. Als we dit als uitgangspunt nemen dan

---

7 United Nations Detention Unit.

8 Dienst Vervoer en Ondersteuning.

zouden er op jaarbasis circa 1.100 à 1.300 gedetineerden worden opgenomen in een burgerziekenhuis. In totaal zou het dan gaan om circa 1.800 à 2.000 gedetineerden die per jaar worden doorverwezen naar de tweedelijns voor opname in verband met een somatische aandoening.

#### *Opnames naar soort justitiële inrichting op grond van het registratieonderzoek*

De uitzet- en detentiecentra sturen hun gedetineerden vooral door naar het penitentiair ziekenhuis (54 procent); 42 procent gaat naar een burgerziekenhuis. Dit kan worden verklaard door het feit dat met name in deze centra relatief veel eet-/drinkweigerders voorkomen. De penitentiaire inrichtingen verwijzen hun gedetineerden met name naar een burgerziekenhuis (56 procent) en 35 procent gaat naar het penitentiair ziekenhuis. De TBS-klinieken en de jeugdinstellingen doen in veel mindere mate een beroep op het penitentiair ziekenhuis. Hier gaan de gedetineerden vooral naar een burgerziekenhuis. Ongeveer driekwart van de gedetineerden in de TBS-klinieken gaat naar een burgerziekenhuis; 16 procent gaat naar het penitentiair ziekenhuis.

#### *Opnames naar opname-indicatie op grond van het registratieonderzoek*

Gedetineerden worden met name opgenomen in een burgerziekenhuis voor het verrichten van operaties (59 procent), behandeling (61 procent) en onderzoek/diagnostiek (67 procent). Als er sprake is van verzorging dan gaan gedetineerden met name naar het penitentiair ziekenhuis (67 procent). Bij post-operatieve zorg, bevallingen en verpleging zijn de percentages redelijk gelijk verdeeld over opname in een burgerziekenhuis dan wel het penitentiair ziekenhuis.

Bij de specialismen IC/CCU, SEH en oogheelkunde vindt geen verwijzing plaats naar het penitentiair ziekenhuis. Bij cardiologie en urologie is dit in beperkte mate het geval; respectievelijk 7 procent en 12 procent. Bij de andere specialismen gaat het merendeel naar een burgerziekenhuis, maar toch nog wel zo'n kwart tot eenderde naar het penitentiair ziekenhuis. Uitzondering hierop vormt interne geneeskunde. Gedetineerden met een interne aandoening worden in de meeste gevallen opgenomen in het penitentiair ziekenhuis.

Opname-indicaties met een hoge urgentie worden in bijna 70 procent van de gevallen doorgestuurd naar een burgerziekenhuis. Bij een middenurgentie zijn de opnames gelijk verdeeld over een burgerziekenhuis en het penitentiair ziekenhuis. Opnames met een lage urgentie vinden met name in penitentiair ziekenhuis plaats (54 procent).

#### *Redenen voor opname in een burgerziekenhuis*

Uit de registratieformulieren blijkt dat 57 procent van de gedetineerden wordt verwezen naar een burgerziekenhuis voor opname. Gevraagd is naar de redenen waarom een medische dienst de betreffende gedetineerden naar een burgerziekenhuis stuurt in plaats van het penitentiair ziekenhuis. Deze vraag is ook gesteld in de schriftelijke enquête. Volgens de registratieformulieren is voor de inrichtingen een spoedopname

de belangrijkste reden om naar een burgerziekenhuis te verwijzen (50 procent). Daarnaast gaat het veelal om een dagopname (30 procent) of het penitentiair ziekenhuis beschikt niet over het benodigd specialisme (15 procent).

De resultaten van de enquête geven eveneens aan dat een spoedopname de belangrijkste reden (78 procent) is om gedetineerden op te nemen in burgerziekenhuizen. Andere belangrijke redenen zijn dat het penitentiair ziekenhuis niet beschikt over het benodigde specialisme (37 procent) of te ver weg is (34 procent). In tegenstelling tot de registratieformulieren wordt het feit dat het penitentiair ziekenhuis geen plaats heeft beduidend vaker genoemd; 52 procent tegenover 4 procent.

## **6.5 Beeldvorming rond het penitentiair ziekenhuis**

Uit de interviews met vertegenwoordigers van de justitiële inrichtingen komt naar voren dat men bij de inrichtingen een negatief beeld heeft over het penitentiair ziekenhuis voor wat de mogelijkheden tot plaatsing betreft. Volgens de inrichtingen heeft het penitentiair ziekenhuis bijna nooit plaats als men belt voor een opname.

Het verschil in uitkomst tussen de registratieformulieren en de enquête voor wat betreft de plaatsingsmogelijkheden in het penitentiair ziekenhuis wordt mogelijk veroorzaakt door deze negatieve beeldvorming rond het penitentiair ziekenhuis. Het registratieonderzoek is gebaseerd op feitelijke gegevens: het aantal opnames gedurende een bepaalde periode. Uit de gegevens van dit onderzoek blijkt dat het penitentiair ziekenhuis in de meeste gevallen wel plaats heeft. Het enquêteonderzoek is daarentegen meer opiniërend van karakter waarbij naar meningen wordt gevraagd. Uit de enquête komt naar voren dat men van mening is dat het penitentiair ziekenhuis bijna nooit plaats heeft als men een patiënt aanbiedt voor opname.

Omdat het penitentiair ziekenhuis alleen een chirurg in dienst heeft en de overige specialismen ingekocht dienen te worden, geldt voor de meeste opnames een wachttijd. Opname is dan wel aan de orde, maar meestal komen patiënten in zo'n geval op de wachtlijst. Medische diensten interpreteren dit mogelijk als het feit dat er geen plaats is in het penitentiair ziekenhuis.

Een ander gegeven dat in tegenspraak is met de beeldvorming dat het penitentiair ziekenhuis nooit plaats heeft komt uit de enquête. Als er namelijk een patiënt opgenomen moet worden, neemt 80 procent van de justitiële inrichtingen contact op met het penitentiair ziekenhuis voor opname. Van deze 80 procent geeft circa driekwart aan dat het contact ook daadwerkelijk leidt tot opname van de patiënt in het penitentiair ziekenhuis.

## 6.6 Conclusies

In deze paragraaf worden de onderzoeksvragen beantwoord. Daarbij wordt de indeling gehanteerd die ook bij de categorisering van de onderzoeksvragen is toegepast.

### 6.6.1 Vraag en aanbod

Voor wat poliklinische zorg betreft kan het penitentiair ziekenhuis niet voldoen aan de vraag daarnaar vanuit de justitiële inrichtingen. Dit is inherent aan het karakter en de locatie van het penitentiair ziekenhuis. Het beschikt namelijk zelf alleen over een chirurg. De overige specialismen worden van buiten ingehuurd en zijn niet altijd beschikbaar. Door de organisatie van het transport via DV&O en de afstand van de meeste justitiële inrichtingen tot het penitentiair ziekenhuis, met uitzondering van PI Haaglanden en de UNDU, is het niet mogelijk om gedetineerden in één dag naar het penitentiair ziekenhuis en weer terug naar de inrichting te brengen. Het gevolg is dat gedetineerden voor een eenvoudig consult of controle dan meerdere dagen worden opgenomen in het penitentiair ziekenhuis. Voor poliklinische behandelingen en consulten maken de justitiële inrichtingen dan ook vrijwel uitsluitend gebruik van burgerziekenhuizen.

Aan de vraag naar capaciteit voor spoedopnames vanuit de justitiële inrichtingen kan het penitentiair ziekenhuis slechts in beperkte mate voldoen. Dit is eveneens inherent aan het medium care karakter en de locatie van het penitentiair ziekenhuis. Specialisten, anders dan de chirurg die in dienst is van het ziekenhuis, zijn beperkt beschikbaar en de afstand tot en het transport naar het penitentiair ziekenhuis vormen een grote belemmering om patiënten voor spoedeisende behandeling op tijd in het penitentiair ziekenhuis te krijgen.

Aan de vraag naar niet-spoedeisende behandelingen kan het penitentiair ziekenhuis in beperkte mate voldoen. Als medium care ziekenhuis is het niet uitgerust voor gecompliceerde of risicovolle ingrepen. Daarvoor moet worden uitgeweken naar het Ziekenhuis Bronovo in Den Haag. Verder heeft het penitentiair ziekenhuis alleen een chirurg in dienst en moet voor overige specialismen een beroep worden gedaan op specialisten van het Ziekenhuis Bronovo. Als gevolg daarvan geldt voor veel verrichtingen een wachtlijst.



## 6.6.2 Verwijzing en opname, beleid en praktijk

Voor de justitiële inrichtingen vervult het penitentiair ziekenhuis een belangrijke rol bij de opname van patiënten die in een burgerziekenhuis zijn behandeld maar, na ontslag uit het ziekenhuis, niet in de inrichting zelf verpleegd kunnen worden.

In het penitentiair ziekenhuis liggen echter met enige regelmaat patiënten die daar volgens het ziekenhuis niet horen te liggen. Dit zijn in het bijzonder de verpleeg- en zorgbehoefte gedetineerden. Het penitentiair ziekenhuis is naar eigen zeggen duidelijk een passanteninrichting. Iemand komt tijdelijk naar het ziekenhuis voor een medische behandeling en zodra hij/zij is uitbehandeld dient de gedetineerde weer terug te gaan naar de inrichting. De inrichtingen proberen echter regelmatig hun zorgpatiënten, al dan niet onder druk van de directie, opgenomen te krijgen in het penitentiair ziekenhuis. In dergelijke gevallen is er sprake van een oneigenlijke indicatie omdat er geen medische noodzaak is. Ook het (terug)plaatsen van gedetineerden vormt een probleem als zij (nog) enige zorg nodig hebben of een handicap hebben. De inrichtingen zouden terughoudend zijn om dergelijke gedetineerden weer terug te nemen. Dit betekent wel dat een gedetineerde patiënt ‘onterecht’ een bed bezet houdt in het penitentiair ziekenhuis.

Ook voor de justitiële inrichtingen vormen de verpleeg- en zorgbehoefte gedetineerden een probleem. Zij zijn niet ingespeeld op het bieden van basiszorg zoals hulp bij de algemene dagelijkse levensbehoeften (ADL), het verlenen van verpleegkundige zorg (o.a. observatie bij instellen diabetes, stomazorg en wondverzorging) en het huisvesten van gehandicapten. Zo zijn met name de oudere inrichtingen minder toegankelijk voor gehandicapten en chronisch zieken. En het verlenen van ADL-hulp aan een gedetineerde behoort niet tot de kerntaken van de medische dienst en de penitentiaire inrichting werkers (PIW'ers).

Als enige ziekenhuis in Nederland biedt het penitentiair ziekenhuis opnamecapaciteit voor de observatie en behandeling van tbc-patiënten, eet- en drinkweigeraars en zogenaamde simulanten die hun gezondheid gebruiken om bepaalde privileges te verwerven.

Het penitentiair ziekenhuis heeft de status van een Huis van Bewaring (HvB) en biedt daarmee als enige ziekenhuis in Nederland opnamecapaciteit voor vluchtgevaarlijke of agressieve gedetineerden. Bovendien is een opname in het penitentiair ziekenhuis kostenbesparend voor een justitiële inrichting omdat dan geen bewaking in het burgerziekenhuis verzorgd hoeft te worden.

Uit de interviews met sleutelinformanten en de schriftelijke enquête komt een beeld naar voren dat het penitentiair ziekenhuis slecht communiceert met de justitiële in-

richtingen. Veel medische diensten zijn niet op de hoogte van wat wel en wat niet kan bij het penitentiair ziekenhuis en worden niet geïnformeerd over termijnen waarop een patiënt geholpen kan worden als hij op de wachtlijst is geplaatst. Hierdoor ontstaat het beeld dat er ‘niets kan’ bij het penitentiair ziekenhuis en dat ‘er nooit plaats is’.

Eén van de oorzaken van de slechte communicatie is het gebrek aan centraal beleid waardoor zowel de afzonderlijke justitiële inrichtingen als het penitentiair ziekenhuis een eigen autonoom beleid voeren. Het beleid van het penitentiair ziekenhuis is geënt op de medische wereld, gericht op behandeling en doorstroom van patiënten en daarmee in beginsel dynamisch. Het beleid van de justitiële inrichtingen is daarentegen geënt op het vasthouden van gedetineerden. Er is sprake van twee verschillende culturen die hier op sommige vlakken met elkaar in botsing komen.

Er is op centraal niveau geen beleid geformuleerd over doorverwijzing van gedetineerden naar justitiële tweedelijns zorg waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen poliklinische zorg en spoed- en reguliere opnames. Het gevolg is dat alle inrichtingen naar eigen inzicht handelen bij de doorverwijzing naar de tweedelijns.

Ondanks de kritiek op het penitentiair ziekenhuis vormt het, naar de mening van de justitiële inrichtingen, een onmisbaar onderdeel van de justitiële gezondheidszorg en is de overgrote meerderheid van de inrichtingen van mening dat het penitentiair ziekenhuis beslist niet overbodig is.

## **6.7 Besluit**

Het onderzoek is uitgevoerd omdat het penitentiair ziekenhuis onvoldoende in staat lijkt om in de behoefte aan tweedelijns zorg voor justitiële inrichtingen en ketenpartners (politie, Kmar en UNDU) te voorzien. Volgens hen heeft het ziekenhuis vaak geen bedden vrij of beschikt het niet over de benodigde expertise. DJI heeft de wens om de aansluiting tussen vraag naar en aanbod van tweedelijnszorg te verbeteren.

De in dit rapport geconstateerde knelpunten bij de justitiële tweedelijnszorg zijn voor een groot deel terug te voeren op de historisch gegroeide situatie dat het penitentiair ziekenhuis een medium care ziekenhuis is. Wat een medium care ziekenhuis precies moet bieden is overigens onbekend omdat er geen vastgestelde criteria zijn.

Het penitentiair ziekenhuis heeft slechts één chirurg in dienst en beschikt niet over een afdeling IC of een CCU unit. Voor vrijwel alle overige specialismen en voor complexere ingrepen moet een beroep worden gedaan op de specialisten en de capaciteit van het Ziekenhuis Bronovo. Deze zijn echter in beperkte mate beschikbaar. Het gevolg is dat er voor veel verrichtingen wachtlijsten bestaan. Voor het inrichten van

een volwaardig, high care ziekenhuis voor gedetineerden is de omvang van de populatie echter te klein.

De keuze voor de locatie van het penitentiair ziekenhuis heeft tot gevolg dat het minder geschikt is voor poliklinische behandelingen en spoedeisende gevallen. De afstand van de justitiële inrichtingen tot het ziekenhuis is daarvoor te groot. Het is overigens zeer de vraag of dit opgelost zou kunnen worden door een meer centrale locatie van het penitentiair ziekenhuis in het land. De afstand tot veel justitiële inrichtingen blijft dan toch groot.

Het penitentiair ziekenhuis vormt een essentiële schakel in de keten van justitiële gezondheidszorg omdat het als Huis van Bewaring capaciteit biedt om gedetineerden op te nemen en te behandelen. Een deel van de onvrede bij de justitiële inrichtingen over het penitentiair ziekenhuis zou kunnen worden weggenomen door een klantvriendelijker en communicatiever beleid vanuit het penitentiair ziekenhuis: duidelijke voorlichting over wat wel en wat niet mogelijk is in het penitentiair ziekenhuis, heldere informatie over opnameprocedures en duidelijke communicatie over wachtlijsten.

Voor een modernisering of uitbreiding van de dienstverlening van het penitentiair ziekenhuis zou kunnen worden overwogen om aansluiting te zoeken bij een bestaand high care ziekenhuis, centraal in het land gelegen. Het penitentiair ziekenhuis zou dan kunnen functioneren als penitentiaire afdeling waarbij gebruik gemaakt kan worden van alle voorzieningen en specialismen die reeds in het ziekenhuis aanwezig zijn. Ook bij een dergelijke constructie zal een groot aantal justitiële inrichtingen echter gebruik blijven maken van de voorzieningen van een lokaal ziekenhuis. Voor poliklinische verrichtingen en consulten en voor spoedeisende opnames blijft de afstand tot het penitentiair ziekenhuis een belemmering.

Een andere oplossing zou kunnen zijn om het penitentiair ziekenhuis als medium care ziekenhuis te behouden en de randvoorwaarden te optimaliseren. De randvoorwaarden hebben betrekking op:

- Specialismen; het uitbreiden van het aantal specialismen in eigen dienst, bijvoorbeeld met een internist. Verder is het vaker inhuren van andere specialisten een mogelijkheid.
- Regelgeving; het is opmerkelijk dat is vastgelegd dat penitentiaire inrichtingen in eerste instantie een beroep moeten doen op het penitentiair ziekenhuis voor medische behandeling terwijl de mogelijkheden voor behandeling beperkt zijn.
- Communicatie en voorlichting; het veld heeft geen adequaat beeld van de mogelijkheden en beperkingen van het penitentiair ziekenhuis. De communicatie daarover naar de justitiële inrichtingen en de ketenpartners kan aanmerkelijk verbeterd worden.



## Afkortingen en verklarende woordenlijst

ADL-hulp	hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen
CCU	Coronary Care Unit (afdeling hartbewaking)
Diabetes mellitus	Suikerziekte
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen.
DV&O	Dienst Vervoer en Ondersteuning
EBI	Extra beveiligde instelling
FARR	Forensisch Artsen Rotterdam Rijnmond
FMMU	Forensisch Medisch Maatschappij Utrecht
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HvB	Huis van Bewaring
IC	Intensive Care
JJI	Justitiële Jeugdinstelling
KMar	Koninklijke Marechaussee
KNO	Keel, neus en oorheelkunde
OK	Operatiekamer
PI	Penitentiaire inrichting
PIW'er	Penitentiaire inrichtingswerker
SEH	Spoedeisende hulp
Septumcorrectie	Correctie van het neustussenschot
Sinus pilonidalis	Haarnestcyste doorgaans gelegen in de bilspleet
TBC	Tuberculose
TBS	Terbeschikkingstelling
DBV	Directie Bijzondere Voorzieningen
UNDU	United Nations Detention Unit



## **Bijlage 1 – Overzicht geraadpleegde literatuur en documenten**

CBS. (augustus 2006) [www.statline.cbs.nl](http://www.statline.cbs.nl) Voorburg/Heerlen.

Commissie Smeets (2004). *Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid*. Rapport landelijk commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid.

Commissie Van Dinter (1995). *Zorg ingesloten*. De organisatie van de medische zorg in de penitentiaire inrichtingen van het gevangeniswezen. Den Haag.

Council of Europe (1987). *European Prison Rules*.

Crommentuyn, R. (2003). Gevangenisartsen in het nauw. *Medisch Contact*, 58(43).

Engelhart, T. (februari 2005). *Procedure aanmelding gedetineerden vanuit politiecel voor het penitentiair ziekenhuis*.

FMMU. *Cijfers verwijzingen 2004*.

Gruijter, M. de (februari 2005). *De overdracht van medische gegevens vanuit het arrestantencomplex naar de penitentiaire inrichting*. Scriptie M&G NSPOH.

*Gezondheidszorgvisie DJI*, maart 2006.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (1999). *Zorg achter tralies. Een onderzoek naar kwaliteitsaspecten van de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen*. Den Haag.

Ministerie van Justitie (1 september 2001). *Regeling plaatsing en overplaatsing jeugdigen*.

Ministerie van Justitie (2 november 2000). *Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen*.

Ministerie van Justitie (1 oktober 2000). *Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden*.

Ministerie van Justitie (25 juni 1997). *Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden*.

Ministerie van Justitie (22 mei 1997). *Reglement verpleging ter beschikking gestelden*.

- Ministerie van Justitie (15 april 1997). *Penitentiaire beginselenwet*.
- Ministerie van Justitie (juli 2005). Memo. *Regelgeving opname Pen. Ziekenhuis vs. Burgerziekenhuis*.
- Ministerie van Justitie, DJI (2006). *DJI Jaarverslag 2005. Waar vrijheid ophoudt en weer kan beginnen*. Den Haag: Koninklijke De Swart.
- Ministerie van Justitie, DJI (2004). *Gedetineerd in Nederland 2004*. Koninklijke De Swart: Den Haag.
- Ministerie van Justitie, DJI (2003). *Gedetineerd in Nederland 2003*. 3is1 Grafimedia: Moerkapelle.
- Ministerie van Justitie, DJI (2003). *Rapport Werkgroep Herbestemmen van penitentiair ziekenhuis*.
- Ministerie van Justitie, DV&O. *Instructies Bijzondere Beveiliging Bewaking gedetineerden in burgerziekenhuizen*.
- Ministerie van Justitie, IKSG (november 2005). *Protocol Consult zorgaanbieders. penitentiair ziekenhuis. Kwantitatief Jaarverslag penitentiair ziekenhuis 2005 Locatie Oost, PI Haaglanden*.
- PI Almere Binnen. *Jaarverslag 2005 Medische dienst*.
- PI Almere Binnen. *Protocol Polikliniek bezoek*.
- PI Almere Binnen. *Protocol Ziekenhuisopname*.
- Rijksrecherche (2006). *De politie een zorg. Analyse van overlijdensgevallen onder de zorg van de politie 2000-2004*. Ando bv: Den Haag.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2 mei 1996). *Justitiële inrichtingen*, 24 586, nr. 5. Vergaderjaar 1995-1996.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (23 januari 1997). *Justitiële Inrichtingen*, 24 587, nr. 14. Vergaderjaar 1996-1997.



Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Vaststelling van een Penitentiaire beginselenwet en daarmee verband houdende intrekking van de Beginselenwet gevangeniswezen met uitzondering van de artikel 2 t/m 5 en wijzigingen van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering alsmede enige andere wetten (Penitentiaire beginselenwet)*, 24 263, nr. 3, Vergaderjaar 1994-1995. Memorie van Toelichting.

United Nations (1955, 1957, 1977). *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*.



## **Bijlage 2 – Overzicht respondenten kwalitatieve interviews**

### *Dienst Justitiële Inrichtingen, afdeling Gezondheidszorg*

- verpleegkundig adviseur
- medisch adviseur

### *Penitentiair ziekenhuis*

- algemeen directeur
- eerste geneeskundige
- hoofd verpleging en paramedische zorg
- unitdirecteur
- chirurg samen met ziekenhuisarts

### *Medische diensten justitiële inrichtingen*

- PI Noord Brabant Noord, locatie Oosterhoek
- PI Vught
- PI Utrecht, locatie Wolvenplein
- PI Haarlem
- PI Flevoland, locatie Almere
- PI Rijnmond, stadsgevangenis
- TBS Pompestichting te Nijmegen
- TBS Van den Hoevenkliniek te Utrecht
- JJI Het Poortje te Veenhuizen
- Uitzetcentrum Rotterdam
- United Nations Detention Unit

### *Forensische geneeskundigen (politie)*

- GGD Deventer
- FARR (Forensische Artsen Regio Rijnmond)
- FMMU (Forensisch Medisch Maatschap Utrecht)

### *Burgerziekenhuizen*

- Hoofd facilitaire dienst, Ziekenhuis Bronovo te Den Haag
- Twee afdelingsmanagers polikliniek, St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam
- Hoofd afdeling IC, Rijnstaete te Arnhem

### *Overig*

- Officier van Justitie



### Bijlage 3 – Opname indicaties en gemiddelde ligduur penitentiair ziekenhuis

*Tabel – Meest voorkomende opname indicaties en gemiddelde ligduur penitentiair ziekenhuis over 2005\**

Opname indicatie**	Aantal	Gemiddelde ligduur in dagen
Eet- en drinkweigeraars	80	14.96
Post operatieve zorg	44	20.39
Consult / controle	40	6.65
Diabetes mellitus	33	37.45
(Post) Partus	30	28.37
Liesbreuk	37	11.22
TBC	25	61.24
Fracturen	19	25.71
Fistel (peri anaal)	17	21.18
COPD / astma	16	24.94
Zorggedetineerden	16	82.44
Sinus pilonidalis	12	23.08
Arthroscopie	11	7.73
Buikklachten	11	32.73
Schotverwonding	10	76.50
Steekverwonding	9	14.33
Septumcorrectie	9	7.89
Wondzorg	8	13.63
Gynaecomastie	8	5.38
Buikwandbreuk	7	14.43
Epilepsie / insulten	7	13.00
Hartklachten	7	95.43
HIV	7	11.29
Ganglion	6	4.83
Rectaal bloedverlies	6	26.17
Inslikken vreemde voorwerpen	6	28.17

\* Overzicht heeft betrekking op alle gedetineerde gedetineerden die in 2005 met ontslag zijn gegaan.

\*\* Dubbele indicaties (bijv. diabetes mellitus en schotwond) zijn niet meegenomen.



## Bijlage 4 – Indicaties opname gedetineerden registratieformulieren

*Tabel – Diagnose of indicatie opname gedetineerden naar verloop van opname, in aantallen*

	Pen zh	Burgerzh.	Geen opname	Totaal	Nazorg Pen zh.
Aambeien	1	-	-	1	
Abortus provocatus	-	1	-	1	
Acné (ernstige vorm)	-	-	1	1	
Acute buik	1	2	-	3	1
Afgesloten galgang	1	-	-	1	
Allergische reactie	1	-	-	1	
Anaal bloedverlies	-	1	1	2	
Aneurysma	-	2	-	2	
Angina pectoris	-	2	-	2	1
Appendicitis	-	3	-	3	1
Arthrodese van teen	-	1	-	1	
Arthroscopie	-	-	2	1	
Automutilatie (spoedtransport)	-	1	-	1	
Buikklasten	-	3	-	3	
Bypass operatie hart (CABG)	-	1	-	1	1
Cardiale insufficiëntie	-	1	-	1	
Cardiale klachten	1	9	3	13	1
Cataract	-	2	-	2	
Chemo-therapie	-	1	-	1	
Circumcisie	-	1	-	1	
Colitis Ulcerosa	1	-	-	1	
Depressie	-	-	1	1	
Dotteren	1	1	-	2	
Dunne darm perforatie	-	1	-	1	1
Eet-/drinkweigeraar	8	1	-	9	1
Enkel OK	3	1	-	4	
Epilepsie	-	2	-	2	2
Fissura ani	-	1	-	1	
Fistel	1	2	-	3	
Fractuur (enkel, elleboog, hand, schouder)	-	5	-	5	2
Hernia	1	-	1	2	
HIV	2	-	-	2	
Hyperkaliëmie	-	1	-	1	
Hypertensie	2	-	-	2	
Hypoxie	-	1	-	1	
Ileus	-	1	-	1	
Inhalatie trauma	-	1	-	1	
Intoxicatie	-	3	-	3	1
Leverbiopsie	-	1	-	1	
Liesbreuk	6	1	0	7	
Longontsteking	-	2	-	2	1
Meniscus	1	2	-	3	

	Pen zh	Burgerzh.	Geen opname	Totaal	Nazorg Pen zh.
Metaal been/hand verwijderen	3	3	2	8	
Nabloeding tonsillectomie	-	1	-	1	
Navelbreuk	-	-	1	1	
Nefrotisch syndroom	-	1	-	1	
Neurologische problematiek	-	1	-	1	
Neurolyse been	-	1	-	1	
Neusoperatie	-	2	-	2	
Nierbiopsie	-	1	-	1	
Nierstenen	-	1	-	1	
Nodulaire afwijkingen long	-	1	-	1	1
Ontregelde diabetes mellitus	5	6	-	10	1
Oroperatie	1	-	-	1	
Oogoperatie	-	1	-	1	
Operatieve behandeling	1	1	-	2	
Orchidopexie	-	1	-	-	
Pijnklachten	2	1	-	3	1
Polyposis coli	-	-	1	1	
Priapisme	-	1	-	1	
Psychose	-	-	1	1	
Revalidatie	-	-	1	1	
Schouderluxatie	-	1	-	1	
Spoedeisende hulp	-	1	-	1	
Sikkelcelcrise	-	1	-	1	1
Sinus pilonidalis	2	1	-	3	
Sinusal arrest (+ kaakfractuur)	-	1	-	1	
Stomaverzorging	0	0	1	1	
Stuitligging	-	-	1	1	
TBC	1	-	-	1	
TIA	-	1	-	1	
Tonsillectomie	-	1	-	1	
Trombosebeen	1	-	1	2	
Tumor testis	-	1	-	1	
Urineretentie	-	1	-	1	
Varices	-	1	-	1	
Verhoogde oogdruk	-	-	1	1	
Verslechterde lichamelijke toestand	-	-	1	1	
Wondcorrectie	-	1	-	1	
Wondroos	-	1	-	1	
Zwelling scrotum	1	-	-	1	
Onbekend	11	11	1	23	3
Totaal	59	104	21	184	20



# Registratieformulier – Indicaties opname tweedelijnszorg



Naam instelling en locatie: .....

Datum indicatie opname: .....

## ACHTERGRONDKENMERKEN PATIËNT

### In welke instelling is patiënt ingesloten?

- huis van bewaring
- gevangenis
- TBS kliniek
- justitiële jeuginrichting
- uitzetcentrum
- detentiecentrum
- anders, .....

### Is patiënt een man of een vrouw?

- man
- vrouw

### Wat is zijn/haar leeftijd?

..... jaar

## INDICATIE TWEEDELIJSZORG

### Waarom is de patiënt geïndiceerd voor tweedelijnszorg?(meer antwoorden per subvraag mogelijk)

- | <i>Indicatie/diagnose:</i>      | <i>aard tweedelijnszorg</i>                   | <i>benodigd specialisme</i>            |   |
|---------------------------------|---|--|---|
| .....                           | <input type="checkbox"/> operatieve zorg      | <input type="checkbox"/> ICU/CCU       | <input type="checkbox"/> interne geneeskunde  |
| .....                           | <input type="checkbox"/> post-operatieve zorg | <input type="checkbox"/> cardiologie   | <input type="checkbox"/> oncologie            |
| .....                           | <input type="checkbox"/> behandeling          | <input type="checkbox"/> chirurgie     | <input type="checkbox"/> orthopedie           |
| .....                           | <input type="checkbox"/> bevalling            | <input type="checkbox"/> dermatologie  | <input type="checkbox"/> plastische chirurgie |
| .....                           | <input type="checkbox"/> paramedische zorg    | <input type="checkbox"/> gynaecologie  | <input type="checkbox"/> reumatologie         |
| .....                           | <input type="checkbox"/> verzorging           | <input type="checkbox"/> KNO           | <input type="checkbox"/> urologie             |
| .....                           | <input type="checkbox"/> verpleging           | <input type="checkbox"/> longziekten   | <input type="checkbox"/> neurologie           |
| <i>urgentie</i>                 | <input type="checkbox"/> anders:.....         | <input type="checkbox"/> anders, ..... |   |
| <input type="checkbox"/> laag   | .....   | .....                                  |   |
| <input type="checkbox"/> midden |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> hoog   |   |  |   |

## PENITENTIAIR ZIEKENHUIS (PEN)

### Is er contact geweest met het penitentiair ziekenhuis (PEN) in Scheveningen over patiënt?

- ja
- nee

### Zo nee, waarom is er geen contact geweest met het PEN over patiënt? (meer antwoorden mogelijk)

- te spoedeisende situatie
  - gaat om dagopname
  - verwacht/weet dat PEN gewenst specialisme niet in huis heeft
  - verwacht/weet dat PEN over onvoldoende faciliteiten beschikt
  - verwacht dat PEN geen plaats heeft
  - PEN is te ver weg
  - teveel rompslomp
  - anders,
- .....

Ten aanzien van het verloop van de verwijzing zijn er drie mogelijkheden:

1. Patiënt wordt/is opgenomen in PEN voor behandeling -----> **vul box A** in
2. Patiënt wordt/is (in eerste instantie) opgenomen in reguliere zorginstelling -----> **vul box B** in
3. Patiënt wordt niet opgenomen in PEN of reguliere zorginstelling -----> **vul box C** in

---

#### BOX A – OPNAME PATIËNT IN PEN

**Gaat het primair om een medische behandeling, verpleeghuiszorg of een combinatie?**

- 0 medische behandeling
- 0 verpleeghuiszorg/ADL-hulp
- 0 combinatie van behandeling en verpleeghuiszorg

**Wat is (verwachte) opnameduur in PEN?**

- 0 1 dag
- 0 2 – 7 dagen
- 0 8 – 14 dagen
- 0 15 – 28 dagen
- 0 5 à 6 weken
- 0 langer dan 6 weken
- 0 onbekend

---

#### BOX B – OPNAME PATIËNT IN REGULIERE ZORGINSTELLING

**Waarom vindt opname (in eerste instantie) niet in het PEN plaats? (meer antwoorden mogelijk)**

- 0 te spoedeisende situatie
- 0 gaat om dagopname
- 0 PEN heeft gewenst specialisme niet in huis
- .....
- 0 PEN beschikt over onvoldoende faciliteiten
- 0 PEN heeft geen plaats
- .....
- 0 PEN is te ver weg

- 0 vanwege eerdere negatieve ervaringen met PEN
- 0 teveel rompslomp
- 0 anders,

**Naar welke zorginstelling is verwezen?**

- 0 ziekenhuis
- 0 verpleeghuis
- 0 revalidatiecentrum
- 0 anders, .....

**Wat is (verwachte) opnameduur in instelling?**

- 0 1 dag
- 0 2 – 7 dagen
- 0 8 – 14 dagen
- 0 15 – 28 dagen
- 0 5 à 6 weken
- 0 langer dan 6 weken
- 0 onbekend

**Wordt patiënt (nog) opgenomen in PEN voor nazorg?**

- 0 ja
- 0 nee
- 0 nog niet bekend

**Zo ja, wat is (verwachte) opnameduur in PEN?**

- 0 1 dag dagen
- 0 2 – 7 dagen
- 0 8 – 14 dagen
- 0 15 – 28 dagen
- 0 5 à 6 weken
- 0 langer dan 6 weken
- 0 onbekend

**Zo nee, waarom wordt patiënt alsnog niet opgenomen in PEN voor nazorg?**

*(meer antwoorden mogelijk)*

- 0 nazorg is niet nodig, patiënt is uitbehandeld
- 0 nazorg vindt poliklinisch plaats
- 0 verzorging of nazorg gebeurt in de instelling waar patiënt gedetineerd is
- 0 er is geen plaats in PEN
- 0 PEN heeft gewenst specialisme niet in huis
- 0 PEN beschikt over onvoldoende faciliteiten
- 0 niet gevraagd aan PEN
- 0 anders,
- .....

---

**BOX C – GEEN OPNAME PATIËNT IN PEN OF REGULIERE ZORGINSTELLING**

**Wat is de reden dat patiënt niet in reguliere instelling of PEN wordt opgenomen?**

*(meer antwoorden mogelijk)*

opname kan wachten tot invrijheidsstelling patiënt

patiënt wordt vanwege aandoening in vrijheid gesteld

patiënt kan ook eerstelijns behandeld worden

behandeling gebeurt door chirurg van PEN in instelling zelf

patiënt weigert opname

PEN weigert patiënt omdat .....

reguliere instelling weigert patiënt omdat .....

anders, namelijk .....

---

**Ruimte voor eventuele aanvullende opmerkingen**

---

