

Tilburg University

De forensische psychiatrie

Oei, T.I.

Published in:

Proces: Tijdschrift voor strafrechtspleging

Publication date:

2001

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Oei, T. I. (2001). De forensische psychiatrie: graadmeter voor knelpunten in de samenleving. *Proces: Tijdschrift voor strafrechtspleging*, 80(3/4), 55-58.

General rights

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

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

Take down policy

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

De forensische psychiatrie: graadmeter voor knelpunten in de samenleving

Inleiding

De Penitentiaire Inrichting (P.I.) "De IJssel" wordt gevormd door een Huis van Bewaring (HvB) (180 plaatsen) en een gevangenis (180 plaatsen).

In de P.I. wordt de zorg van de gedetineerden toevertrouwd aan gedragsdeskundigen, zoals inrichtingsarts, inrichtingspsycholoog en justitieel forensisch psychiater (jfp, voorheen 'districtspsychiater', voortaan: psychiater). Het psychomedisch overleg (PMO)¹ is het coördinerend adviesorgaan ten aanzien van de zorgverlening in de inrichting. Het fungeert als aanspreekpunt voor de directie en ook als afstemmingsorgaan voor de individuele zorgverleners. In het PMO nemen doorgaans psycholoog, als voorzitter, en inrichtingsarts, psychiater en veelal reclasseringsmedewerker als leden zitting. Tevens participeert de verpleegkundige van de medische dienst van de inrichting en soms (niet in "De IJssel") een medewerker van het bureau sociale dienstverlening (BSD) in de vergaderingen. Zij kunnen relevante informatie verstrekken over de individuele justitiabelen.

Het komt erop aan dat het PMO wekelijks vergadert en dat de besluiten worden genotuleerd, zodat de directie zo nodig kan beschikken over de meest noodzakelijke informatie ter staving van en ondersteuning voor het zorgbeleid inzake de gedetineerden.

Belangrijk is ook welke individuele gegevens van de gedetineerden al dan niet bijdragen aan psychische en of lichamelijke problemen, en hoe deze in de detentie-situatie op een sociaal-medisch en juri-

disch aanvaardbare wijze opgelost kunnen worden. Het gaat er immers om, dat de medische en psychische toestand van de gedetineerde niet verslechtert. Daarvoor wordt medische zorg en behandeling door de inrichting gedoogd.

De psychiater vertolkt een tweevoudige rol. Enerzijds is hij de voorlichter en adviseur van de rechter, anderzijds dient hij de zorg voor de justitiabele niet uit het oog te verliezen. In gevallen waarin beide rollen tegelijkertijd zouden dienen te worden beoefend, treedt de psychiater terug als rapporteur voor de gedetineerde ten bate van diens zorgverlening. Omgekeerd zal de psychiater, indien hij als rapporteur voor de rechter optreedt, de zorg voor de gedetineerde niet ter hand kunnen nemen, - zodat hij onafhankelijk en onvooringenomen zijn voorlichtingsfunctie aan de rechter kan waarmaken. Wél kan de psychiater als zorgverlener de rechter van advies dienen en deze attenderen op het eventuele bestaan van psychopathologie of gestoord gedrag bij de justitiabele, opdat in voorkomende gevallen - bij ontstentenis van een gedragskundig rapport - alsnog een brieffrapport of rapportage pro Justitia, kan worden verricht (dan wel in overleg met de gedetineerde).

In deze bijdrage wordt aandacht besteed aan het werk van de psychiater in de P.I. Wat zijn zijn bevindingen ten aanzien van de zorg van gedetineerden. Welke problemen worden daarbij gevonden en waarop richt deze bijdrage de schijnwerpers? Wat dit laatste betreft, valt het op dat er een substantieel deel van de aan de zorg van de psychiater² toevertrouwd bestaat uit illegale justitiabelen. Welke gedragskundige overwegingen liggen ten grondslag aan deze bevinding? Met andere woorden, vormt de forensische psychiatrie via zijn afvalbakfunctie niet ook een weerspiegeling van sommige misstanden in de maatschappij?

Methode van onderzoek over de periode oktober 1996 - oktober 1998 (voortaan: 97/98).

"De IJssel" opende in mei 1996 haar poorten. De eerste gedetineerden kwamen er

binnen. De zorg voor de gedetineerden door de psychiater werd ter hand genomen³. De gevolgde methode was, dat de psychiater iedere consultatie waarbij hij de gedetineerde zelf onderzocht zowel in een eigen archief onderbracht, als in het zogeheten PC-archief van Microhis, een bekende medische registratiemethode. De andere consultaties, - wanneer de reclasseringsmedewerker of een andere hulpverlener/gedragsdeskundige over een justitiabele wilde praten, - werden doorgaans binnen het PMO besproken en genotuleerd.

Genoteerd werden naam, leeftijd, detentie-nummer, en de klachten waarvoor consult werd gezocht. In de meeste gevallen werd een eerste diagnostische rubriek door de psychiater gemaakt. De gegevens kwamen terecht in het FRIS systeem, een registratiesysteem dat thans zijn tweede fase heeft bereikt in het FRIS II systeem. In deze bespreking wordt overigens geen melding gemaakt van wat FRIS heeft opgeleverd, aangezien dat in een andere context zal worden verwerkt en besproken.

De psychiater kwam twee keer een dagdeel in de week. Er werd met het PMO vergaderd. Daarnaast werden er individuele consultaties verzorgd aangaande de gedetineerden, met de inrichtingsarts, de psychologen, de verpleging, en de vertegenwoordigers van de geestelijke verzorging en reclassering. Ook werd er eens per kwartaal, in aanwezigheid van de psychologen, vergaderd met de directie. Er was een intensief contact met de gedetineerden, indien dezen in de observatiecel moesten verblijven. Dagelijks werden deze bezocht door psycholoog en inrichtingsarts. De psychiater kwam wanneer hij in huis was. De inrichtingsarts consulteerde hem zo nodig in en buiten kantoor-tijden. Indien doorverwijzing, bijvoorbeeld naar de Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (FOBA) in Amsterdam, was aangewezen, werd telefonisch contact gezocht met die instelling en kwam de introductiebrief er, veelal per fax, meteen achteraan. Deze was gericht aan de FOBA-psychiater, en een copie ervan werd verstrekt zowel aan

**Prof. Dr. T.I. Oei is Hoogleraar Forensische Psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Brabant. Dit artikel is een bewerking van de bijdrage 'Een kijkje in de behandelkamer van de forensisch psychiater' in: Forensische Psychiatrie anno 2000. T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), Gouda Quint Deventer, 2000.*

het Bureau Justitiële Gezondheidszorg als aan de Dienst Individuele Beslissingen van Justitie.

Resultaten

Gemiddeld werd de psychiater per dagdeel vijf keer in consult geroepen door een gedetineerde. Deze werd door de verpleegkundige uitgenodigd voor het spreekuur. De vraag om consult werd in de meeste gevallen (65%) geïnitieerd door de inrichtingsarts, in twintig procent van de gevallen primair door het PMO, al dan niet na samenspraak met het detentieberaad van de inrichting, en in vijftien procent door de psycholoog. Slechts in een enkel geval werd rechtstreeks door de directie verzocht om psychiatrische expertise ten behoeve van een gedetineerde. De door de psychiater gearchiveerde consulten betreffen dus ruim de helft (65%) van wat er in totaal aan consultaties/contacten met of over gedetineerden heeft plaatsgevonden.

De gevonden cijfers verschillen naar de mate van methode en volgorde, waarin de consulten door de psychiater worden verricht. Indien er bijvoorbeeld in het PMO of aan de psycholoog-voorzitter ervan, meteen na het consult feedback wordt gegeven over de verstrekte contacten door de psychiater, zal het aantal door het PMO rechtstreeks gevraagde psychiatrische consulten vrij gering zijn. Immers de psychiater, respectievelijk inrichtingsarts, neemt dan het voortouw voor het consult. Is het zo dat de psychiater pas consult doet, zodra het PMO hem daar expliciet om vraagt, dan luiden de percentuele verhoudingen tussen genoemde consultaanvragen uiteraard anders. Vanuit medische en gezondheidsrechtelijke overwegingen heeft de door ons gehanteerde volgorde: eerst inrichtingsarts, respectievelijk psycholoog, en daarna psychiater, vervolgens feedback, ondermeer aan het PMO, wellicht de voorkeur. De medicus kan dan zelf bepalen in hoeverre hij welke al dan niet medisch relevante gegevens aan niet-behandelaars in het PMO kwijt wil, met andere woorden: welke tot het domein van zijn beroepsgeheim behorende, privacy gevoelige, informatie mag en moet hij kwijt. De zorg aan de gedetineerde moet tenslotte voorkomen dat zijn gezondheidstoestand verslechtert. Behandeling in engere zin vindt niet plaats in de inrichting. Er is dus geen dwingende reden om vantevoren al van alles aan het PMO of niet-behandelaars mede te delen over persoonlijk relevante gegevens van de gedetineerde.

Over de jaren 1997 en 1998 werden er 525 consulten door de psychiater zelf verricht bij gedetineerden. In ruim 25% van de gevallen betrof het binnen een bepaalde detentieperiode verschillende contacten met de zelfde gedetineerde. Initiatief tot herhaald consult werd genomen door de arts,

de psycholoog, het PMO of de psychiater zelf. In zaken betreffende individuele zorg is het PMO meer en meer het centrale platform geworden voor advisering aan de directie. Juridisch ingewikkelde vraagstukken, - bijvoorbeeld, de vraag of een vluchtgevaarlijke gedetineerde alleen gelaten mag worden met zijn vrouw, zonder de aanwezigheid van de personeelsinrichtingswerker (PIW-er), met het doel dat zij een al wat langer gekoesterde wens naar een kind kunnen realiseren, - worden door de directie, zoals in alle zorgkwesies, eerst aan het PMO ter advisering voorgelegd.

Zo is de samenwerking tussen PMO en directie in deze jaren een vanzelfsprekendheid geworden. De psychiater kan, dankzij zijn onafhankelijke positie als consultant, daartoe bijdragen. De directie ziet ook van haar kant wel in dat een dergelijke samenwerking, tussen forensisch psychiater consultant, PMO, en inrichting, alleen maar leidt tot een voor ieder kwalitatief goed werkresultaat. Afhankelijkheden worden zo tot het minimum beperkt, aangezien ieders eigen verantwoordelijkheid met zich meebrengt dat het signaleren van misstanden met betrekking tot zorg en rapportage een belangwekkende opgave vormt, - wat in het bijzonder geldt voor de psychiater.

Om welke diagnoses gaat het?

De door de psychiater gestelde diagnoses komen voort uit de feitelijke klinische verschijnselen en worden getoetst aan de criteria van de DSM-IV⁴ en besproken in het PMO. Er was geen sprake van een gestandaardiseerd diagnostisch interview. Wél werden in gevallen van twijfel de indrukken van collegae forensisch psychiaters en psychologen bij de diagnostische beoordeling betrokken. De informatie kwam dan door middel van een second opinion. Bijvoorbeeld bij twijfel over al dan niet borderline persoonlijkheidsstoornis of aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit/ADHD. In meer dan de helft van de gevallen werden de diagnoses als dermate voor de hand liggend beschouwd, dat nadere toetsing, naast die van de DSM-IV, niet nodig werd geacht. De diagnoses werden vervolgens geclusterd, waarbij met name de persoonlijkheidsstoornissen in drie groepen vielen: borderline, antisociale, en narcistische persoonlijkheidsstoornis. De afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen kwamen, zo die er waren, samen te vallen met het cluster drugsmisbruik. De psychiatrische diagnoses werden in grotere clusters gegroepeerd van affectieve stoornissen (waaronder angststoornissen al dan niet met psychotische component, posttraumatische stressstoornis/PTSS, ADHD, waarvan de laatste drie slechts enkele betroffen, drugsmisbruik (al dan niet met psychotische verschijnselen), de organische (epilepsie/debilitateits-

stoornissen, psychotische beelden bij zwakbegaafden), en de schizofrenie, waarin zowel schizo-affectieve stoornissen als schizofrene psychosen terecht kwamen. Indien er geen sprake was van geringe psychopathologie werden de onderzochten ondergebracht in een aparte categorie.

Aantal consulten (totaal, inclusief herhalingsconsulten: 633) verdeeld over diagnoseclusters

Narcistische persoonlijkheidsstoornis (nst): 7

Borderline persoonlijkheidsstoornis (bst): 41

Antisociale persoonlijkheidsstoornis (asps): 78

Drugsmisbruik (dmb): 149

Schizofrene psychosen (sps): 193

Affectieve stoornissen (afst): 118

Geen psychiatrie (gps): 34

Psycho-organische stoornissen (psos): 13

In ongeveer 20% van de consulten (ruim 100) was er sprake van comorbiditeit, bijvoorbeeld zwakbegaafdheid en drugsmisbruik.

Gememoreerd dient te worden dat het in dit onderzoek gaat om het *spreekuurpatroon* van de psychiater. Daaronder wordt het aantal consulten/consultaties bedoeld dat door de psychiater aan (de arts over) gedetineerden met een bepaalde psychiatrische stoornis is verstrekt. Het *aantal* gepleegde consulten wordt in 25% bepaald door de ernst van de pathologie, waardoor herhalingsconsulten nodig blijken, die rechtstreeks door psychiater en justitiabele worden afgesproken. Daarnaast wordt dit aantal in ongeveer 10% gevormd door het verwijzingsgedrag van de arts of psycholoog. Indien de arts bijvoorbeeld herhaaldelijk het verzoek van een verslaafde gedetineerde ontving om een benzodiazepine- of methadonrecept, dan verwees de arts hem eerst naar de psychiater met de vraag of er sprake was van psychiatrische stoornissen in engere zin, zoals psychosen of depressies. Was dit niet het geval dan kon de arts zijn medicatie daarop afstemmen, - er van uitgaande dat de lichamelijke en psychische toestand van de justitiabele niet zou mogen verslechteren. In de praktijk volgde hierop, dat het verzoek van de gedetineerde in kwestie niet werd gehonoreerd, of dat de justitiabele zo mogelijk een niet-benzodiazepine als slaapmiddel kreeg, - en wel in beperkte hoeveelheid en duur. Niet zelden verlaten voorheen verslaafde gedetineerden de P.I. volkomen vrij van drugs- dan wel benzodiazepinengebruik⁵.

In zo'n geval werkte het medisch beleid van de P.I. niet alleen als middel om zowel lichamelijk als psychisch niet te verslechteren, maar ook als genezend in medische zin.

Dit laat echter onverlet dat er in de P.I.soms in ernstige gevallen van drugsafhankelijkheid (met vaak jarenlange gebruik van methadon, veelal in combinatie met benzodiazepinen) een medische contra-indicatie bestaat om het gebruik van methadon te doen stoppen.

Hoeveel illegalen betreft het⁶

In 130 gevallen (25% van de door de psychiater verrichte consultgesprekken) betrof het consult een illegale vreemdeling. In 20% van de gevallen ging het om een herhalingsconsult in een en dezelfde detentieperiode.

De verdeling over de diagnostische clusters betrof:

antisociale persoonlijkheidsstoornis 10; drugsmisbruik 26; schizofrene psychosen 70; affectieve stoornissen 17; geen psychiatrie 7.

Het moge gezegd zijn dat het al dan niet illegaal verblijven in het land bij de consultgesprekken geen overmatige rol heeft gespeeld. Veelal betrof het gedetineerde verdachten die in het kader van het gerechtelijk vooronderzoek 'de zenuwen' niet of onvoldoende de baas waren, en daarvoor hulp zochten bij de medische dienst en psychiater.

Overwegingen

Hoewel er in deze pilotstudie slechts globale indrukken mogelijk zijn, valt er toch wel iets op, wat voor het gedragskundig beleid wellicht van belang kan zijn. Met name het grote aantal consulten bij, al dan niet illegale, gedetineerden is opmerkelijk.

Opvallend daaronder blijft het forse aandeel van schizofrene of schizofreniform⁷, dus op schizofrene psychosen gelijkende, pathologie, ook (of juist?) bij illegalen. Wat dit betreft, kan men vermoeden dat velen onder hen, zoals eerder werd onderzocht bij psychoti⁸, niet de directe hulp van een psychiatrisch ziekenhuis konden verkrijgen, van lieverlee in het sociale slop geraakten, de criminaliteit - al dan niet via het chronisch misbruik van soft- en harddrugs - binnendreven, en ten slotte in het justitiële circuit terechtkwamen. Psychotici worden al snel weer de straat opgestuurd, aangezien de huidige maatschappelijke opvatting de autonomie van de mens als hoogste goed beschouwt: als het even kan zou een ieder zijn leven moeten kunnen inrichten naar eigen smaak, opvatting en idee. Wat de psychoticus echter nodig heeft, is geen autonoom bestaan op zich, maar een structuur en een leven met en onder mensen, die hem begrijpen en trachten zijn lijden te (leren) dragen. A fortiori heeft een illegale medemens specifieke hulp en steun van anderen, inclusief de overheid, nodig.

Dat de Koppelingswet bijvoorbeeld (nog steeds) een demotiverende rol speelt in de vraag of een illegale psychoticus de nodige psychische hulp door instanties van VWS kan verwachten, vormt een maatschappelijk probleem. Ziekenhuizen hebben al vaak lange wachtlijsten te verwerken, en zullen bij het illegaal zijn van een krankzinnige hoe dan ook de nodige reserves in acht nemen bij de beslissing of zo'n patiënt opgenomen wordt, - in plaats van een legale psychoticus, of zullen een andere oplossing zoeken. Of dit laatste in voldoende mate plaatsvindt is thans niet precies vast te stellen. Wat wel duidelijk wordt, is dat instanties eerst trachten allerlei potjes te vinden waaruit dergelijke opnamekosten kunnen worden gedekt. Op zijn minst betekent dit wel tijdverlies, hetgeen een achterstand oplevert vergeleken met het opnamebeleid bij legale verzekerden.

Niet duidelijk is wat in de Koppelingswet onder 'medisch noodzakelijk' moet worden beschouwd. Recentelijk heeft de Werkgroep Medisch Noodzakelijke Zorg (januari 1999) hiervan een omschrijving gegeven: 'Wanneer een gedetineerde zich in een (dreigende) noodsituatie bevindt, waarbij de lichamelijke en de geestelijke gezondheid van hemzelf of anderen op het spel staat'. Toegepast betekent dit dat de werkgroep stelt dat er sprake is van een medische noodzaak '...wanneer er een urgente zorgbehoefte is, die voortkomt uit een psychiatrische stoornis en er tevens een indicatie bestaat voor GGZ-behandeling'. Zij hinkt hier evenwel op twee gedachten. Impliciet, maar ook expliciet, wordt namelijk de suggestie gewekt dat er psychiatrische aandoeningen zijn, die geen behandeling binnen de GGZ behoeven. Ik vraag mij af, welke stoornissen dan wel worden bedoeld. In de praktijk merk ik bijvoorbeeld dat impulsstoornissen zoals ADHD en ernstige borderline persoonlijkheidsstoornissen met psychotische manifestaties binnen de GGZ 'impopulair' zijn. Allereerst bestaat er een groot tekort aan behandelafaciliteiten voor deze groep⁹. Ook verblijven dergelijke patiënten veelal overgemediceerd thuis op hun kamertje of leiden een - al dan niet door drugsmisbruik beschadigd - sociaal volstrekt ontoereikend en zwerfend bestaan, aangezien behandelaars met hun problematiek slecht raad weten. Dit laatste wordt soms in de hand gewerkt door beperkingen die instituten behandelaars moeten opleggen door de begrenzing van hun eigen budget. Ik zou denken dat psychiatrische stoornissen *altijd* GGZ-behandeling behoeven, - hetzij ambulante, hetzij klinische.

Onduidelijk blijft ook welk *moment* beslissend is voordat er sprake is van een 'medische noodzaak'-indicatie. Onlangs meende de minister van Volksgezondheid dat het volstrekt onaanvaardbaar is dat een zieken-

huis eerder in 1999 geweigerd heeft een illegaal in Nederland verblijvende vrouw te opereren. Volgens de bewindsvrouw zou medische hulp aan illegalen zich niet mogen beperken tot levensbedreigende situaties. De term 'medisch noodzakelijk' stamt uit een vroegere versie van de Koppelingswet die in 1998 werd ingevoerd en voor het overige illegalen uitsluit van de meeste sociale voorziening¹⁰.

Wanneer er dus meer ruimte bestaat voor de medicus om de illegale hulpbehoevende zieke medemens te helpen genezen zonder dat het zwaard van de Koppelingswet het ziekenhuis boven het hoofd hangt, hoe komt het dan dat er in de P.I., in ieder geval in "De IJssel", zoveel illegalen zoveel psychische en psychiatrische aandoeningen vertonen? En hoe komt het dat het toch elke keer kennelijk zo is, dat de sociaal en medisch 'zwakke' broeders onder ons niet daar worden geholpen, waar het behoort: het algemene, al dan niet psychiatrische, ziekenhuis? Dit blijkt ook uit onderzoek, op grond waarvan er thans sprake is van 100.000 zwerfende illegalen die niet of nauwelijks terecht kunnen in de ggz¹¹.

Indien het feit dat de P.I. er slechts is voor degenen die een strafrechtelijke norm hebben overtreden een afspiegeling is van de maatschappelijke realiteit, dan zou het aantal ernstig psychisch gestoorde illegale justitiabelen alleen een fractie mogen zijn van wat er thans wordt aangetroffen: 25% van het totale aantal psychiatrische consulten. Feitelijk blijkt het zo te zijn dat de P.I. voor veel illegale, al dan niet psychische problemen vertonende, mensen een wijkplaats vormt. Immers, wanneer ze een strafrechtelijke norm hebben overtreden, bijvoorbeeld variërend van het bedreigen van een voorbijganger tot het zichtbaar pikken van een doos appelsap in de supermarkt, hangt hen detentie boven het hoofd. - Gaat het dus niet goedschiks in de gewone maatschappij, dan gebeurt het wel kwaadschiks via het gevang. Opvang hebben zij allen nodig. Als dat inderdaad het mechanisme vormt voor de illegale psychisch gestoorde, dan heeft in ieder geval de P.I. niet alleen een strafrechtelijke functie. Zij vormt dan kennelijk ook een plek waar sociale gerechtigheid kan worden gevonden: de illegaal wordt daar minstens zo goed medisch behandeld als de niet illegaal. Vrouwe Justitia blijkt zo een waardige zuster van de barmhartige Samaritaan, - wat geen reden hoeft te zijn voor trots. Immers, het recht op zorg dient zonder aanzien des persoons, zowel materieel, als immaterieel, in praktijk te worden gebracht. Of neigen we er nu al toe het hoofd te buigen voor de tweedeling die in de gezondheidszorg - hoe dan ook - reeds aanwezig is? Een tweedeling die de legale en nu dus ook de illegale zwakkeren in de samenleving, wel tot moreel ontoelaatbaar

gedrag móet voeren teneinde de nodige zorg (van de overheid) af te kunnen dwingen.

Noten

1. Zie ook P.E.M. Leenaars en A.M.J. de Kuiper, Psycho-medische zorg en het psycho-medisch overleg. In: *Psychiatrie en Justitiabelen* (Red. T.I.Oei en A.M. van Kalmthout), Gouda Quint Deventer, 1997), p. 153-164.
2. P.C. Vegter acht, ook juridisch (en dan meer subsidiair aan de uitvoering van de gevangenisstraf) gezien, behandeling door een medicus en gedragsdeskundige in penitentiaal verband een reële mogelijkheid. Zie P.C. Vegter, *Behandelen in de gevangenis*, oratie KU Nijmegen, Gouda Quint, Deventer, 1999.
3. In de periode mei-september 1996 werden de geregistreerde gegevens beschouwd als 'oefen-en-inloop fase' voor het huidige onderzoek. Dit onderzoek dient niet meer en niet minder als een pilotstudie, en dus slechts als een signaal, te worden beschouwd.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e ed. Washington DC: APA.
5. Weer een aantal van hen bevestigt zulks niet weer te zullen gebruiken, wat in een enkel geval ook na een jaar kon worden vastgesteld, namelijk dat ze vrij waren van drugsafhankelijkheid.
6. Met dank, voor de steun bij het verzamelen van de gegevens, aan A.M.J. de Kuiper, psycholoog/neuropsycholoog van "De IJssel". Ook ben ik erkentelijk voor de hulp van de verpleegkundigen van de medische dienst.
7. In de praktijk komt het voor dat flash-backs van getraumatiseerde justitiabelen worden beschouwd als hallucinaties, waardoor de diagnose van een posttraumatische stressstoornis, ten onrechte, wordt gemist. Vergelijk Th.K. de Graaf, *Trauma and Psychiatry*. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg University Press, 1998.
8. Zie proefschrift van P.J.A. van Panhuis, *De psychotische patiënt in de TBS*. Gouda Quint Deventer, 1997; en vergelijk verder met B.H. Bulten, *Gevangen tussen straf en zorg*, Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 1998; C Schoemaker en G. van Zessen, *Psychische stoornissen bij gedetineerden*, Trimbos-instituut Utrecht, 1997.
9. Vergelijk verder: T.I. Oei, De gereguleerde toekomst van tbs. Problemen en oplossingen. DD, 30, 4, 2000, p. 336-353. Over het gehele land zijn er in de laatste jaren (ambulante) klinieken of afdelingen voor klinische psychotherapie wegbezuinigd dan wel ingekrompen.
10. Zie ook in *de Volkskrant*, 14-04-1999, p. 3. Illegalen in Nederland hebben beperkt toegang tot zorg. Het door VWS uitgevoerde onderzoek door TNO Preventie en Gezondheid heeft in haar studie 'Toegankelijkheid van zorg voor illegalen' haarfijn aangegeven waar het, twee jaar na invoering van de Koppelingswet, in de toegang tot eerste- en tweedelijns zorg wringt. Thans is door deze studie bekend dat naar schatting 100 duizend illegalen in Nederland als gevolg van de Koppelingswet slecht tot nauwelijks terecht kunnen in de ggz, de nazorg, revalidatie en chronische zorg. Ook de zieken-

huiszorg kent drempels. Bij de huisarts kunnen zij redelijk terecht. Maar de bereidheid om illegalen te helpen, dreigt volgens de onderzoekers af te nemen. En er leeft vooral in regio's zonder zorgplatform veel onduidelijkheid over de financiële vergoeding. Hulpverleners kunnen onder voorwaarden een beroep doen op de Stichting Koppeling. Die heeft elf miljoen gulden per jaar beschikbaar. Daarvan is vorig jaar vijf miljoen gebruikt. Veel hulpverleners blijken onbekend met de procedures of zien op tegen de administratieve rompslomp. (Curs. TIO). In: *Medisch Vandaag*, 11, 7 juni 2000, p. 5. Het wordt dus de onmondige illegaal vrijwel onmogelijk gemaakt zich goed te laten onderzoeken en behandelen.

11. Zie vorige noot.