

# Zorg ter voorkoming van overlijden in detentie

Eveline Thoonen en Wilma Duijst<sup>1</sup>

De verantwoordelijkheid voor de (medische) zorg van gedetineerden ligt bij de overheid. Het EVRM verplicht de overheid te zorgen voor menswaardige detentieomstandigheden en om het recht op leven van gedetineerden te beschermen. Deze verplichtingen brengen eisen met zich mee op het gebied van de screening bij binnenkomst, de herkenning en onderkenning van de noodzaak tot inschakelen van medische zorg, medische handelingen en beslissingen op een politiebureau. Punten van aandacht zijn voorts de dossiervoering en informatieoverdracht tussen politiebureau en penitentiaire inrichting alsmede de toegang tot de zorg in de penitentiaire inrichting en het toeleidingssysteem daar naar toe. Voorbeelden uit de praktijk tonen aan dat wet en werkelijkheid nogal eens uiteenlopen.

**H**et ultieme doel van het verlenen van medische zorg is het zo lang mogelijk proberen af te wenden van de dood. De taak van de overheid is daarbij het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid en daarmee zo lang mogelijk het intreden van de dood uit te stellen.<sup>2</sup> Uiteindelijk kan de overheid, zelfs in een utopische situatie van onbeperkte en optimale middelen, niet voorkomen dat mensen overlijden, aangezien de dood een onvermijdelijk gevolg is van leven. Alle partijen kunnen alleen maar 'hun best doen' en moeten ooit hun nederlaag aanvaarden. Is een patiënt overleden dan ontstaat vrijwel altijd benoemd of onbenoemd de vraag of het juiste is gedaan en of er voldoende is gedaan. De vraag of de juiste en voldoende zorg is gegeven dringt zich extra op zodra een burger, wiens vrijheid is benomen door de overheid, overlijdt. Zeer recent leidde de dood van een Armeense asielzoeker in Schalkhaar tot Kamervragen.<sup>3</sup> Het politieke en maatschappelijke belang van een dergelijke discussie is groot omdat in detentie de verantwoordelijkheid voor de zorg bij de overheid ligt en de zorg in detentie noodzakelijkerwijs anders is geregeld dan in de vrije maatschappij. In dit artikel worden de verantwoordelijkheden van de overheid ter voorkoming van overlijden in detentie (penitentiaire inrichtingen en politiebureaus) en de problemen die daarbij in de praktijk rijzen bezien in het licht van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en de uitgangspunten die worden gehanteerd door het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing (CPT) en het Comité van Ministers van de Raad van Europa. Voor praktijkvoorbeelden wordt geput uit de dagelijkse ervaringen van de tweede auteur als forensisch arts.

## Europees kader

De overheid heeft op basis van artikel 3 EVRM de verplichting om te zorgen voor menswaardige detentieomstandigheden.<sup>4</sup> Zij moet zorgen voor de gezondheid en het welbevinden van gedetineerden door onder meer de vereiste medische zorg te bieden.<sup>5</sup> Hoewel het EHRM erkent dat het niet zijn taak is om te oordelen over zaken die behoren tot het expertisegebied van medisch specialisten, toetst het Hof wel of de autoriteiten voldoende medische controles hebben uitgevoerd zodat de toestand van de gedetineerde effectief kon worden beoordeeld en een effectieve behandeling kon worden opgestart.<sup>6</sup> Behandeling moet zijn gericht op het genezen of het voorkomen van verergering van gezondheidsproblemen<sup>7</sup> en moet niet alleen zijn gericht op symptoombestrijding.<sup>8</sup> Het EHRM eist ook dat diagnoses tijdig en nauwkeurig worden gesteld en dat de zorg tijdig en nauwkeurig wordt geboden.<sup>9</sup> De autoriteiten moeten verder zorgen dat een voorgeschreven behandeling daadwerkelijk wordt geboden.<sup>10</sup>

Het CPT stelt zich op het standpunt dat gedetineerden in gevangnissen dezelfde zorg moeten kunnen krijgen als de zorg die personen in de vrije samenleving kunnen ontvangen.<sup>11</sup> Hoewel het EHRM verschillende malen aan deze normering van het CPT heeft gerefereerd,<sup>12</sup> heeft het EHRM niet altijd vastgehouden aan deze standaard ten aanzien van medische zorg voor definitief afgestrafte gedetineerden, in tegenstelling tot gedetineerden in voorlopige hechtenis.<sup>13</sup> Het Hof heeft bijvoorbeeld geaccepteerd dat het medisch personeel in detentie niet dezelfde professionele ervaring heeft als specialisten die in de beste burgerziekenhuizen werken.<sup>14</sup> Ook heeft het Hof aangegeven dat het bereid is te accepteren dat de middelen van medische diensten in penitentiaire inrichtingen beperkt zijn ten opzichte van de middelen van ziekenhuizen bui-

ten detentie.<sup>15</sup> Het EHRM beoordeelt de vereiste standaard van zorg per geval. Daarbij hanteert het Hof het uitgangspunt dat de zorg enerzijds compatibel moet zijn met de menselijke waardigheid en anderzijds bij het bieden van zorg de praktische eisen van de detentiesituatie in acht zouden moeten worden genomen.<sup>16</sup> Ook erkent het EHRM dat het niveau van zorg per land kan verschillen door ontwikkelingen in de medische wetenschap en door sociale en economische verschillen tussen landen.<sup>17</sup> Dit brengt het Hof ertoe van de verdragsluitende staten te verlangen dat zij gedetineerden de medische zorg bieden die hun middelen toestaan.<sup>18</sup>

Uit artikel 2 EVRM volgt voor de Nederlandse autoriteiten de verplichting om het recht op leven van gedetineerden te beschermen. Deze verplichting is echter niet onbegrensd; het is niet de bedoeling dat deze verplichting leidt tot een disproportionele of onmogelijke last voor de autoriteiten. Het EHRM houdt onder meer rekening met de onvoorspelbaarheid van menselijk gedrag en de keuzes die moeten worden gemaakt met het oog op prioriteiten en middelen.<sup>19</sup> De jurisprudentie van het EHRM laat zien dat een positieve verplichting tot handelen pas ontstaat op het moment dat de autoriteiten wisten of hadden moeten weten dat een individu een reëel en direct risico liep.<sup>20</sup> Deze toets, wist of had moeten weten, gebruikt het EHRM ook ten opzichte van risico's/gevaren voor het leven van gedetineerden, zoals somatische problematiek,<sup>21</sup> suïcide<sup>22</sup> en geweldsincidenten tussen gedetineerden.<sup>23</sup>

### Somatische problematiek bij gedetineerden

De autoriteiten hebben de plicht om te reageren op gezondheidsproblematiek van gedetineerden waar de overheid van wist of had moeten weten. Het gaat om gezondheidsproblemen waarvan de ernst of het bestaan de autoriteiten niet heeft kunnen of niet zou hebben moeten ontgaan.<sup>24</sup> De autoriteiten kunnen hiervan aller-

eerst kennis nemen doordat de gedetineerde aangeeft voor detentie te zijn gediagnosticeerd met een aandoening. Daarnaast kan in detentie een diagnose zijn gesteld;<sup>25</sup> deze diagnose moet ook tijdig worden gesteld.<sup>26</sup> De autoriteiten kunnen ook door derden, zoals de raadsman<sup>27</sup> of een familielid<sup>28</sup> van de gedetineerde, op de hoogte worden gebracht van de gezondheidsproblematiek van de gedetineerde. Als de autoriteiten weten of hadden moeten weten van het risico voor de gezondheid van de

## Een positieve verplichting tot handelen ontstaat pas op het moment dat de autoriteiten wisten of hadden moeten weten dat een individu een reëel en direct risico liep

betrokken gedetineerde moeten zij alle maatregelen nemen die noodzakelijk zijn om te verzekeren dat de gedetineerde adequate zorg krijgt.<sup>29</sup> Uit artikel 2 EVRM volgt de verplichting gedetineerden de medische zorg te bieden die nodig is om overlijden te voorkomen.<sup>30</sup>

### Suïcide onder gedetineerden

Voor de beoordeling van de vraag of de autoriteiten wisten of hadden moeten weten van een suïciderisico acht het EHRM het onder meer van belang of de gedetineerde

#### Auteurs

1. Mr. E. Thoonen is promovenda Radboud Universiteit Nijmegen, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, vaksectie Straff(proces)recht.  
Mr. dr. W. Duijst is forensisch arts GGD IJsselland en rechter plaatsvervanger Rechtsbank Gelderland (locatie Arnhem).

#### Noten

2. Art. 22 Grondwet.  
3. Brief Staatssecretaris Teeven aan de Tweede Kamer d.d. 22 april 2014.  
4. M. Hagens, *Toezicht op menswaardige behandeling van gedetineerden in Europa*, dissertation Graduate school of legal studies, Faculty of Law Leiden University 2011.  
5. EHRM 26 oktober 2000, nr. 30210/96, § 94 (*Kudła vs. Polen*); EHRM 6 maart 2014, nr. 31535/09, § 61 (*Gorbulya vs. Rusland*).  
6. EHRM 16 december 2010, nr. 33099/08, § 108 (*Kozhokar vs. Rusland*).  
7. EHRM 6 maart 2014, nr. 31535/09, § 62 (*Gorbulya vs. Rusland*); EHRM 29 november 2007, nrs. 9852/03 en 13413/04, §

109 (*Hummatov vs. Azerbeidzjan*); EHRM 13 juli 2006, nr. 26853/04, § 211 (*Popov vs. Rusland*).  
8. EHRM 29 november 2007, nrs. 9852/03 en 13413/04, § 114 (*Hummatov vs. Azerbeidzjan*); EHRM 23 juli 2013, nr. 4458/10, § 63 (*Mikalauskas vs. Malta*).  
9. EHRM 28 maart 2006, nr. 72286/01, §§ 104-106 (*Melnik vs. Oekraïne*); EHRM 6 maart 2014, nr. 31535/09, § 62 (*Gorbulya vs. Rusland*).  
10. EHRM 23 juli 2013, nr. 4458/10, § 63 (*Mikalauskas vs. Malta*); EHRM 7 november 2006, nr. 30649/05, § 117 (*Holomiov vs. Moldavië*).  
11. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), CPT Standards, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2013, p. 40.  
12. EHRM 14 maart 2013, nr. 28005/08, § 87 (*Salakhov en Islyamova vs. Oekraïne*); EHRM 14 december 2006, nr. 4353/03, § 67 (*Tariyeva vs. Rusland*).

13. EHRM 22 december 2008, nr. 46468/06, § 139 (*Aleksanyan vs. Rusland*).  
14. EHRM 10 juli 2007, nr. 6293/04 (*Mirilashvili vs. Rusland*).  
15. EHRM 15 november 2007, nr. 30983/02, § 76 (*Grishin vs. Rusland*).  
16. EHRM 22 december 2008, nr. 46468/06, § 140 (*Aleksanyan vs. Rusland*).  
17. EHRM 27 mei 2008, nr. 26565/05, § 44 (*N. vs. Verenigd Koninkrijk*).  
18. EHRM 22 december 2008, nr. 46468/06, § 148 (*Aleksanyan vs. Rusland*).  
19. EHRM 17 oktober 2013, nr. 26824/04, § 81 (*Keller vs. Rusland*).  
20. EHRM 9 juni 1998, nr. 23413/94, § 36 (*L.C.B. vs. Verenigd Koninkrijk*); EHRM 28 oktober 1998, nr. 23452/94, §§ 115-116 (*Osman vs. Verenigd Koninkrijk*).  
21. EHRM 27 januari 2011, nr. 10907/04, § 54 (*Iordanovi vs. Bulgarije*).  
22. EHRM 3 april 2001, nr. 27229/95, §§ 90 en 93 (*Keenan vs. Verenigd Koninkrijk*); EHRM 3 mei 2011, nr. 20201/07 (*Zemzami en Barraux vs. Frankrijk*).

23. EHRM 14 maart 2002, nr. 46477/99, § 57 (*Paul en Audrey Edwards vs. Verenigd Koninkrijk*).  
24. EHRM 24 februari 2009, nr. 63258/00, § 58 (*Gagliu vs. Roemenië*). Zie ook EHRM 16 november 2006, nr. 52955/99, § 60 (*Huyly vs. Turkije*).  
25. EHRM 14 maart 2013, nr. 28005/08, §§ 116-125 (*Salakhov en Islyamova vs. Oekraïne*).  
26. EHRM 3 februari 2011, nr. 8532/06, §§ 78-80 (*Geppa vs. Rusland*).  
27. EHRM 27 januari 2011, nr. 10907/04, §§ 53-54 (*Iordanovi vs. Bulgarije*).  
28. EHRM 18 december 2008, nr. 29971/04, § 106 (*Kats e.a. vs. Oekraïne*).  
29. EHRM 27 januari 2011, nr. 10907/04, § 54 (*Iordanovi vs. Bulgarije*); EHRM 18 december 2008, nr. 29971/04, §§ 106-112 (*Kats e.a. vs. Oekraïne*).  
30. EHRM 16 november 2006, nr. 52955/99, § 58 (*Huyly vs. Turkije*); EHRM 21 december 2010, nr. 45744/08, § 60 (*Jasinskis vs. Letland*).

zich op enigerlei wijze suïcidaal heeft geuit<sup>31</sup> en/of bekend was met psychische problematiek<sup>32</sup> (in het bijzonder schizofrenie<sup>33</sup> en psychoses<sup>34</sup>). Het Hof kijkt ook naar het gedrag van de gedetineerde in de periode voorafgaand aan de suïcide,<sup>35</sup> zoals een eerdere suïcidepoging en ander automutilerend gedrag, het afleggen van onsamenhangende verklaringen en gewelddadig gedrag.<sup>36</sup> Ook signalen voor psychische nood acht het EHRM van belang.<sup>37</sup> Benadrukt wordt dat zorgvuldige monitoring nodig is om een plotselinge achteruitgang tijdig op te merken.<sup>38</sup>

Op het moment dat de autoriteiten van het suïcideri-

## **Politieambtenaren en gevangenvaarders moeten niet trachten om verzoeken van gedetineerden om een consult van een arts te screenen**

sico weten of moeten weten, moeten zij alle redelijkerwijs te verwachten maatregelen nemen om te trachten dit risico af te wenden.<sup>39</sup> Een gedetineerde met psychische problemen moet bijvoorbeeld adequate medische zorg worden geboden, in het bijzonder na een suïcidepoging en in reactie op hulpvragen van de gedetineerde.<sup>40</sup> Ook kan worden gedacht aan extra toezicht<sup>41</sup> en het wegnemen van bepaalde voorwerpen zoals een deken,<sup>42</sup> een riem<sup>43</sup> of extra alertheid op scherpe voorwerpen.<sup>44</sup>

### ***Gedetineerden met extra kwetsbaarheid; psychische problematiek***

Het EHRM heeft benadrukt dat rekening moet worden gehouden met de extra kwetsbare positie van gedetineerden met psychische problematiek. Ook moet men er rekening mee houden dat deze gedetineerden soms niet samenhangend of in zijn geheel niet in staat zijn te klagen over de hen geboden behandeling.<sup>45</sup> In het bijzonder wordt gewezen op de extra kwetsbaarheid van gedetineerden die lijden aan psychoses.<sup>46</sup> Het EHRM benadrukt dat gedetineerden met psychische problematiek vatbaarder zijn voor gevoelens van minderwaardigheid en machteloosheid. Dit vergt extra waakzaamheid van het Hof in de beoordeling of voldaan is aan de verplichtingen die voortvloeien uit het EVRM.<sup>47</sup>

Voorts acht het EHRM het van belang dat gedetineerden met psychische problematiek worden ondergebracht op afdelingen waar zij de benodigde zorg kunnen krijgen. Het Hof verwijst naar verschillende Europese aanbevelingen waarin wordt aangegeven dat gedetineerden met ernstige geestelijke problematiek zouden moeten worden ondergebracht op zorgafdelingen.<sup>48</sup> Een zorgvuldige afweziging of gedetineerden op een reguliere afdeling of op een zorgafdeling worden geplaatst is niet alleen in het belang van de betrokken gedetineerde zelf maar ook in het belang van medegedetineerden, zoals wordt geïllustreerd

door de zaak *Paul en Audrey Edwards vs. Verenigd Koninkrijk* waarin twee gedetineerden die (vermoedelijk) leden aan psychische problematiek op één cel werden geplaatst. Een van deze twee gedetineerden overleed vervolgens ten gevolge van het geweldgebruik van de ander. In deze zaak waren verschillende omissies aan te wijzen in de overdracht van beschikbare informatie aan de gevangenisautoriteiten over het gedrag en de psychische problemen van de gedetineerde die tot het fatale geweld overging, zowel aan de zijde van de politie, het Openbaar Ministerie en de rechtbank. Daar kwam nog bovenop dat de gedetineerde die overgegaan was tot geweld een inadequate intake was afgenomen, waardoor zijn toestand onvoldoende in beeld was.<sup>49</sup>

Bijzondere aandacht zou moeten uitgaan naar de problemen die zich kunnen voordoen bij gedwongen opnames in een psychiatrische instelling, namelijk als de betrokkene zich fysiek verzet tegen de opname en het vervoer naar de instelling. Het EHRM heeft hierover opgemerkt dat de omgang met deze personen speciale training vereist en dat het van belang is dat in dergelijke situaties medisch gekwalificeerd personeel aanwezig is.<sup>50</sup>

### **Herkennen en onderkennen noodzaak inschakelen medische zorg**

Het CPT heeft ten aanzien van de rol van het bewakend personeel in de toegang tot zorg benadrukt dat politieambtenaren<sup>51</sup> en gevangensbewaarders<sup>52</sup> niet moeten trachten

31. EHRM 3 mei 2011, nr. 20201/07 (*Zemzami en Barraux vs. Frankrijk*).

32. EHRM 11 december 2012, nr. 14730/09, §§ 52-53 (*Karpisiewicz vs. Polen*).

33. EHRM 3 april 2001, nr. 27229/95, § 94 (*Keenan vs. Verenigd Koninkrijk*).

34. EHRM 3 april 2001, nr. 27229/95, § 95 (*Keenan vs. Verenigd Koninkrijk*); EHRM 13 maart 2012, nr. 2694/08, § 61 (*Reynolds vs. Verenigd Koninkrijk*).

35. EHRM 3 april 2001, nr. 27229/95, § 95 (*Keenan vs. Verenigd Koninkrijk*). In deze zaak had de gedetineerde een strop gemaakt. Zie voorts EHRM 18 oktober 2005, nr. 46747/99, § 50 (*Akdoğan vs. Turkije*).

36. EHRM 16 oktober 2008, nr. 5608/05, §§ 85-89 (*Renolde vs. Frankrijk*). Zie met betrekking tot suïcidepogingen en ander automutilerend gedrag ook EHRM 9 oktober 2012, nr. 1413/07, §§ 57 en 62 (*Çoşelav vs. Turkije*).

37. EHRM 22 januari 2013, nr. 31963/08, § 49 (*Mitić vs. Servië*).

38. EHRM 3 april 2001, nr. 27229/95, § 96 (*Keenan vs. Verenigd Koninkrijk*); EHRM 19 juli 2012, nr. 38447/09, § 83 (*Ketreb vs. Frankrijk*).

39. EHRM 3 april 2001, nr. 27229/95, § 93 (*Keenan vs. Verenigd Koninkrijk*). Zie ook EHRM 17 oktober 2013, nr. 26824/04, §

82 (*Keller vs. Rusland*).

40. EHRM 9 oktober 2012, nr. 1413/07, §§ 62-70 (*Çoşelav vs. Turkije*).

41. EHRM 9 oktober 2012, nr. 1413/07, § 68 (*Çoşelav vs. Turkije*); EHRM 18 oktober 2005, nr. 46747/99, § 50 (*Akdoğan vs. Turkije*).

42. EHRM 18 oktober 2005, nr. 46747/99, § 50 (*Akdoğan vs. Turkije*).

43. EHRM 10 november 2009, nr. 20496/02 (*Silickis en Silickiene vs. Litouwen*).

44. EHRM 14 februari 2012, nr. 9296/06, § 95 (*Shumkova vs. Rusland*).

45. EHRM 20 januari 2009, nr. 28300/06, § 87 (*Slawomir Musiał vs. Polen*); EHRM 11 juli 2006, nr. 33834/03, § 63 (*Riviere vs. Frankrijk*).

46. EHRM 11 juli 2006, nr. 33834/03, § 63 (*Riviere vs. Frankrijk*).

47. EHRM 20 januari 2009, nr. 28300/06, § 96 (*Slawomir Musiał vs. Polen*).

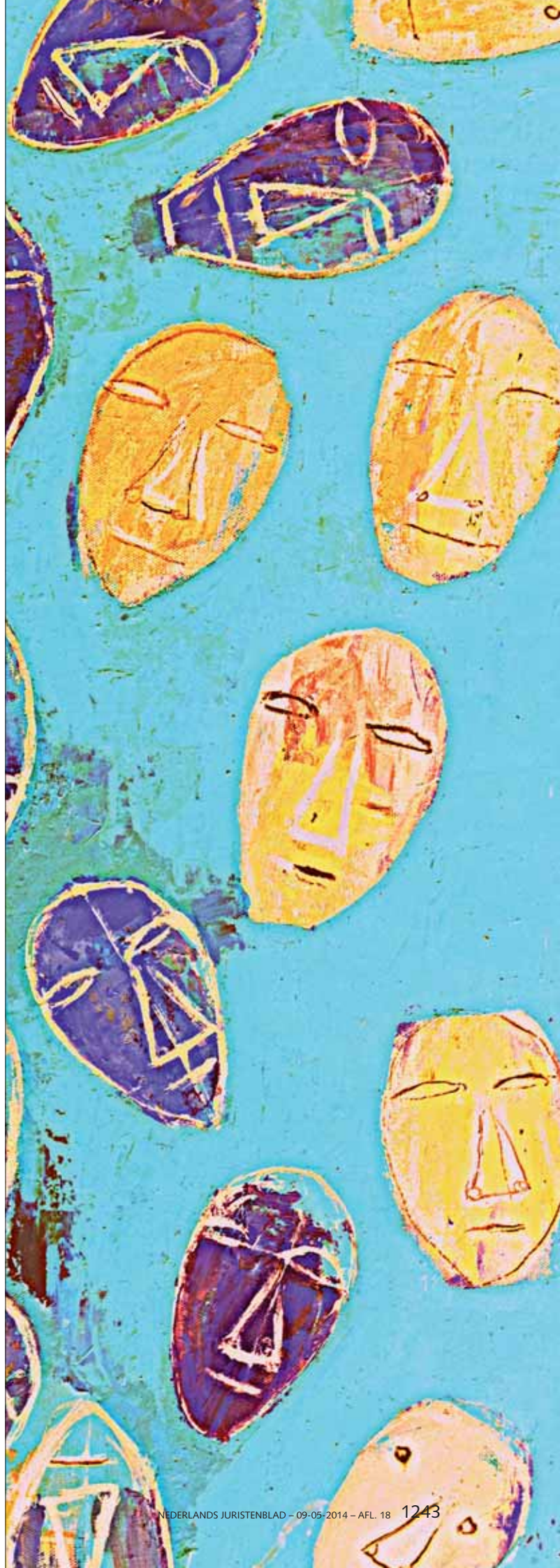
48. EHRM 20 januari 2009, nr. 28300/06, §§ 89-96 (*Slawomir Musiał vs. Polen*).

49. EHRM 14 maart 2002, nr. 46477/99, i.h.b. §§ 57-64

50. EHRM 16 januari 2014, nr. 5269/08, §§ 232-233 (*Shchiborshch en Kuzmina vs. Rusland*).

51. CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2013, p. 11.

52. CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2013, p. 39.



## Omissies in informatieoverdracht kunnen niet alleen bij de beslissing om gedetineerden al dan niet op een reguliere afdeling te plaatsen desastreuze gevolgen hebben, maar ook voor de behandeling van gedetineerden

om verzoeken van gedetineerden om een consult van een arts te screenen. Dat het bewakend, veelal niet-medisch geschoold, personeel in de praktijk een belangrijke rol speelt in de initiële signalering van gezondheidsproblemen van een gedetineerde (en daarmee ook in de toegang tot zorg) kan worden geïllustreerd met de zaak *Jasinskis vs. Letland*. In deze zaak werd een man ingesloten vanwege dronkenschap. Te laat werd gesignaleerd dat er sprake was van hoofdletsel en ook na de signalering dat betrokkene niet (goed) wakker te krijgen was, werd het invoeren van medische hulp uitgesteld. De man kwam te overlijden.<sup>53</sup>

### Screening bij binnenkomst

Het standaard afnemen van een medische intake bij nieuwe gedetineerden is een middel om de toegang tot zorg te borgen. Zowel het CPT als het Comité van Ministers van de Raad van Europa heeft benadrukt dat iedere gedetineerde bij binnenkomst in een gevangenis zo snel mogelijk een medische intake moet worden afgenomen.<sup>54</sup> Het EHRM heeft ten aanzien van de insluiting in gevangenis benadrukt dat met het screenen van nieuwe gedetineerden moet worden beoogd te bepalen welke gedetineerden onder medisch toezicht moeten worden geplaatst. Het afnemen van een niet-adequate intake bij binnenkomst in de gevangenis was in *Paul en Audrey Edwards vs. Verenigd Koninkrijk* een van de aspecten die het Hof tot de conclusie bracht dat sprake was van een schending van artikel 2 EVRM.<sup>55</sup> Ten aanzien van het standaard afnemen van een medische intake bij insluiting op politiebureaus is men echter minder helder. Het CPT benadrukt dat iedere gedetineerde vanaf het allereerste begin van vrijheidsbeneming recht heeft op toegang tot een arts.<sup>56</sup> Het EHRM heeft dit uitgangspunt overgenomen.<sup>57</sup> Dit uitgangspunt impliceert echter dat het initiatief bij de gedetineerde ligt en lijkt niet te vereisen dat er in deze gevallen standaard een medische intake op initiatief van de autoriteiten wordt afgenomen.

### Dossiervoering en informatieoverdracht

Terecht heeft het EHRM verschillende malen gewezen op het belang dat een volledig medisch dossier wordt bijgehouden over de gezondheidstoestand van gedetineerden en de geboden behandeling.<sup>58</sup> Omissies in informatieoverdracht kunnen niet alleen bij de beslissing om gedetineerden al dan niet op een reguliere afdeling te plaatsen desastreuze gevolgen hebben, maar ook voor de behandeling van gedetineerden. In de zaak *Iordanovi vs. Bulgarije* had de raadsman van de betrokken gedetineerde de arts van de inrichting en een onderzoeker medegedeeld dat zijn cliënt leed aan diabetes. Deze informatie was echter niet in het medisch dossier genoteerd, noch was er verder iets mee gedaan. De volgende dag werd de gedetineerde dood aange-

troffen in zijn cel. Het Hof concludeert dat sprake is van een schending van artikel 2 EVRM aangezien de gedetineerde geen adequate medische zorg was geboden door de autoriteiten, hetgeen resulteerde in zijn overlijden.<sup>59</sup>

### Pijnpunten Nederlandse praktijk

#### *Herkennen en onderkennen noodzaak inschakelen medische zorg*

Bij aanhouding van een persoon zal de politieambtenaar doorgaans niet eerst vragen of de betrokkene gezond is. Bij aanhouding op heterdaad is dit niet mogelijk en bij aanhouding buiten heterdaad heeft deze vraag geen prioriteit. Daarnaast kunnen personen die drank en/of drugs hebben gebruikt en, kort gezegd, een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving op een politiebureau worden ondergebracht (artikel 25 lid 1 en lid 2 Ambtsinstructie voor de politie, Koninklijke marechaussee en andere opsporingsambtenaren). De arts moet worden gewaarschuwd voor personen van wie bekend is dat zij geestelijk gestoord zijn of die geestelijk gestoord lijken (artikel 25 lid 3 Ambtsinstructie). Uit deze door de wetgever gekozen formulering moet de conclusie worden getrokken dat indien *alleen* drank en/of drugs in het spel zijn de arts niet gewaarschuwd hoeft te worden. De vraag is of de politieambtenaar dit kan beoordelen. Uit de hiervoor behandelende jurisprudentie kwam al naar voren dat het uitstellen van medische hulp fatale gevolgen kan hebben. Het idee dat iedereen een dronken persoon kan herkennen blijkt in de praktijk minder waar. Dit wordt onzes inziens duidelijk geïllustreerd door het volgende voorbeeld.

Een man wordt zittend aangetroffen op een treinstation. De man wordt aangesproken door een agent en de man geeft daarop lallend antwoord. De man staat te zwaaien op zijn benen. De agenten nemen de man mee naar het politiebureau om hem ter ontuchtering in te sluiten, waarop de man boos onverstaanbare taal uitslaat en wild met zijn armen zwaait. Een arts wordt op dat moment niet noodzakelijk geacht; de man is dronken. De volgende morgen wordt de arts gebeld omdat de man nog steeds dronken lijkt en, aldus de agenten, 'gestoord doet'. Het criterium van artikel 25 lid 3 Ambtsinstructie wordt nu gehaald. Volgens de agent is een beoordeling van de psychische toestand van meneer gewenst. De arts die ter plaatse komt (een van de auteurs) vraagt om de man over te brengen naar de artsenkamer, zodat in een rustige omgeving een gesprek kan worden gevoerd. Bij het observeren van de man valt op dat hij een zeer bijzondere motoriek heeft. Het 'lallen' van de man blijkt samen te hangen met de motorische problemen. Van dronkenschap is geen sprake (geweest). De reden om op zijn hurken te gaan zitten bij het station was dat hij het staan niet vol kon houden door zijn ziekte.

Dit lijkt een incident, maar niets is minder waar. Regelmatig worden personen binnengebracht onder verdenking van een psychiatrische stoornis die een lichamelijke ziekte blijken te hebben en personen die als dronken worden beschouwd terwijl feitelijk sprake is van een hoofdtrauma. Daarnaast worden dementerende ouderen, suikerziektepatiënten en GHB-verslaafden binnengebracht die niet op een politiebureau horen, maar in de zorg.<sup>60</sup> Gesteld kan worden dat de politie in het kader van artikel 3 Politiewet 2012 een taak heeft in de hulpverlening, maar die taak kan alleen goed uitgevoerd worden als direct door een daartoe bekwaam persoon wordt ingeschat of, en zo ja welke zorg noodzakelijk is.

Ook het overbrengen van personen in een extreme opwindingsstoestand leidt in de praktijk tot moeilijke afwegingen. Enerzijds is begrijpelijk dat buitensporig opstandig en agressief gedrag aanleiding kan zijn voor ferm strafrechtelijk optreden. Anderzijds hoort extreem opstandig en agressief gedrag ook bij ernstige psychiatrische en drugs gerelateerde problemen. Een voorbeeld daarvan is het zogeheten excited delirium, een opwindingsstoestand, uitgelokt door drugsgebruik, waarbij de betrokkene blijft schreeuwen en vechten, soms tot de (plotselinge) dood erop volgt.<sup>61</sup> Wanneer van een dergelijke opwindingsstoestand sprake lijkt te zijn, is het invoeren van de zorg en het gebruik van medicatie van belang om calamiteiten te voorkomen. De hulp van de zorg kan echter alleen worden ingeroepen als de agent die op straat met dit beeld wordt geconfronteerd de ernst ervan inziet en vervolgens bereid is om de zorg prioriteit te geven boven handhaving van de openbare orde. Het is toe te juichen dat in het convenant tussen de politie en GGZ als uitgangspunt wordt genomen dat in crisissituaties de hulpverlening voorop staat en dat het de gezamenlijke verantwoordelijkheid is van de politie en GGZ om crisissituaties op te lossen.<sup>62</sup> Politie en hulpverlening moeten gezamenlijk optrekken om dit probleem het hoofd te bieden en om ervoor te zorgen dat de betrokkene per ambulance naar een ziekenhuis wordt afgevoerd; onderbrengen op een politiebureau is geen optie.<sup>63</sup> Hierbij moet worden aangetekend dat ambulancezorg (artikel 1 lid 1 sub d Tijdelijke wet ambulancezorg) bedoeld is om personen te vervoeren naar een zorginstelling en niet naar een politiebureau.<sup>64</sup>

### **Screening bij binnenkomst, medisch handelen en beslissingen op een politiebureau**

Een politiebureau is geen zorginstelling en de arrestanten-

verzorgers zijn geen medisch hulpverleners. Maar op een politiebureau verblijven wel mensen met somatische en/of psychische problemen. Na binnenkomst op het politiebureau wordt aan de hand van een verkort vragenformulier de gezondheidstoestand van de kersverse gedetineerde in kaart gebracht. Het formulier bevat vragen over ziektes, medicatiegebruik, psychische toestand en verslaving. Indien uit het vragenformulier blijkt dat een van deze problemen aan de orde is dient een arts gewaarschuwd te worden. Zo kan het voorkomen dat een gedetineerde geplaatst wordt op een politiebureau en dat pas enige tijd later blijkt dat de gedetineerde ernstige gezondheidsproblemen heeft. In de praktijk worden personen met ernstige hartproblemen, de ziekte van Parkinson (waarbij de instelling op medicatie nauw luistert) of zeer oude personen met een halfzijdige verlamming op het politiebureau geplaatst. Dit roept de vraag op de benodigde zorg op het politiebureau kan worden geleverd. De vraag stellen schept de verantwoordelijkheid om een antwoord op de vraag te zoeken en dus laagdrempelig de arts te vragen om een beoordeling van de gezondheidstoestand. Door het standaard afnemen van een vragenlijst bij binnenkomst op het politiebureau en het laagdrempelig inschakelen van een arts lijken de eisen die het EHRM stelt aan verantwoorde zorg in detentie te worden gehaald.

### **Dossiervoering en informatieoverdracht van politiebureau naar penitentiaire inrichting en vice versa**

Wordt een gedetineerde in bewaring genomen dan wordt hij van het politiebureau overgeplaatst naar de penitentiaire inrichting (PI). Wanneer er gedurende het verblijf op het politiebureau medische zorg is verleend dan kan op grond van artikel 7:457 lid 2 Burgerlijk Wetboek (BW) medische informatie worden verschaft aan de arts in de PI die rechtstreeks bij de behandeling van de patiënt betrokken is.<sup>65</sup> Een wettelijke belemmering om de informatie te verschaffen is er niet. Sterker nog, artikel 35 Ambtsinstructie bepaalt dat wanneer de ingeslotene wordt overgeplaatst de geneesmiddelen en de rapportage van de arts, bedoeld voor de arts die de behandeling overneemt, mee wordt gegeven door de politieambtenaar. Een praktische belemmering is er wel degelijk. De arts die de zorg op het politiebureau heeft verleend weet doorgaans niet dat en wanneer de gedetineerde wordt overgebracht naar de PI. De combinatie van artsen die in diensten werken en de 'rapid cycling' van gedetineerden op een politiebureau is daarbij een gevaarlijke en soms fatale combinatie. Een gedetineerde wordt geplaatst door een selectiefunctiona-

53. EHRM 21 december 2010, nr. 45744/08 (*Jasinskis vs. Letland*).

54. CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2013, p. 39. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules, 42.1.

55. EHRM 14 maart 2002, nr. 46477/99, §§ 62 en 64.

56. CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2013, p. 6 en 11.

57. EHRM 13 juli 2010, nr. 45661/99, § 112 (*Carabulea vs. Roemenië*).

58. EHRM 23 juli 2013, nr. 4458/10, § 63 (*Mikalauskas vs. Malta*).

59. EHRM 27 januari 2011, nr. 10907/04, i.h.b. §§ 46-56.

60. D. van Toor en W. Duijst, 'De last van overlast', *NJB* 2008/1072, afl. 22, p. 1344-1348.

61. C. Das e.a., 'Cocainegebruik en plotseling overlijden: het geagiteerd-deliriumsyndroom', *Nederlands Tijdschrift voor*

*Geneeskunde* 2009/153(21), p.1014-1017. GGD Amsterdam, Richtlijn Excited Delirium

Syndroom, 2013.

62. Convenant Politie – GGZ 2012.

63. Opmerkelijk is dat in het convenant Politie-GGZ 2012 als geschikte locatie voor beoordeling onder meer het politiebureau, niet zijnde een cel, wordt genoemd. Wel wordt erkend dat een cel geen geschikte plek is voor verwarde personen. Convenant Politie – GGZ 2012.

64. *Kamerstukken II* 2010/11, 32854, 3, p. 13.

65. In het rapport van de Onderzoeksraad

voor de veiligheid, *Veiligheid van vreemdelingen*, 2014, staat vermeld dat het medisch beroepsgeheim aan informatieoverdracht in de weg zou staan. Als het gaat om vreemdelingen zou steeds om schriftelijke toestemming worden gevraagd. Schriftelijke toestemming is echter niet noodzakelijk en leidt tot onnodige vertraging van de informatieoverdracht.

ris. Bij de plaatsing houdt de selectiefunctaris rekening met de aanwijzingen van het Openbaar Ministerie (artikel 15 lid 4 Penitentiaire beginselenwet). De aanwijzingen van het OM zullen voornamelijk worden ingegeven door de ernst van het gepleegde delict. Hoe ernstiger het delict en hoe groter de maatschappelijke impact, hoe minder waarschijnlijk het wordt dat zorg een leidend motief wordt bij de plaatsing. Een zwak punt in het systeem is dat behoefte aan zorg voor de gedetineerde wel eerst onder de aandacht van het OM moet komen alvorens het OM hier op adequate manier kan reageren. Ook hierbij kan een voorbeeld uit de praktijk duidelijk maken waar dit om gaat.

## Verreweg de mooiste oplossing zou zijn dat de arts die de zorg op het politiebureau verleent en de arts van de PI in hetzelfde (digitale) dossier aantekeningen maken

Een Tbs-gestelde man verblijft al enige tijd in het kader van resocialisatie in een woning aan de rand van de kliniek. De begeleiders gaan ervan uit dat het goed gaat met de man en dat hij zijn anti-psychotische medicatie inneemt. Schijnbaar zonder aanleiding pleegt hij een zeer ernstig gewelddelict. De man wordt gedetineerd op een politiebureau, alwaar hij vanwege zijn vreemde gedrag wordt gezien door de arts. De arts stelt vast dat de man psychotisch is en neemt contact op met de Tbs-kliniek. De arts schrijft een verslag voor het OM waarin wordt aangegeven dat de medisch gezien de voorkeur uitgaat naar terugplaatsing naar de Tbs-kliniek en indien dat niet mogelijk is een plaatsing in een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC) geïndiceerd is. De volgende dag (vrijdagmiddag 17.00 uur) blijkt de man te zijn geplaatst in een PI. Bij navraag bij de PI blijkt de medische dienst niets te weten van het psychiatrische toestandbeeld waarin de man verkeert. Dit levert niet alleen voor de man in kwestie een gevaarlijke situatie op maar evenzeer voor de medegedetineerden, PIW-ers en hulpverleners.<sup>66</sup>

De problemen bij overdracht van medische gegevens bij overplaatsing en de gevaren die daaruit voortkomen voor de gezondheid van de gedetineerde zijn in diverse rapporten beschreven. Zowel de Nationale Ombudsman als de auteurs van dit artikel hebben hierop eerder al gewezen.<sup>67</sup> Het Hof Amsterdam heeft voorts benadrukt dat een correcte informatieoverdracht de verantwoordelijkheid is van de zendende en van de ontvangende partij. Dit betekent dat de ontvangende partij actief navraag moet doen als informatie uitblijft.<sup>68</sup> In het rapport in de zaak *Dolmatov* constateert de Inspectie Veiligheid en Justitie (Inspectie VenJ): '(...) dat de binnen de keten beschikbare informatie voor de individuele ketenpartners slechts beperkt beschikbaar is en niet samenkomt tot een compleet beeld'.<sup>69</sup> Het probleem is dus bekend maar lijkt te

blijven liggen. Een manier om dit probleem op te lossen ligt in een proactieve houding van zowel de arrestantenverzorger op het politiebureau als de medische dienst van een PI. Arrestantenverzorger zou een verplichting kunnen worden opgelegd om de arts op de hoogte te brengen van het feit dat de betrokkene wordt overgeplaatst indien medische zorg (daaronder begrepen verstrekken van medicatie) tijdens het verblijf op het politiebureau nodig is geweest. De arts kan dan bepalen of een medische overdracht noodzakelijk is. Voor de medische dienst van een PI is een taak weggelegd om het politiebureau te bellen met de vraag of er medische bijzonderheden zijn. Voorwaarde hiervoor is wel dat de medische dienst van de PI geïnformeerd wordt over het politiebureau van herkomst. In het rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) van 2009 wordt door de IGZ aanbevolen dat een gedetineerde bij het verlaten van de PI een kopie van de probleemlijst en een medicatielijst mee zou moeten krijgen om de continuïteit van zorg te garanderen.<sup>70</sup> Een dergelijke wijze van handelen bij het overplaatsen van een gedetineerde van een politiebureau naar een PI zou een enorme verbetering van de zorg aan gedetineerden opleveren. Ook bij de lichte (tijdelijke) overplaatsing van PI naar politiebureau voor verhoor) zou het meegeven van een probleemlijst en medicatielijst of nog beter een dag-hoeveelheid medicatie resulteren in een enorme verbetering van de zorg aan gedetineerden. Een andere oplossing van het probleem is het hanteren van een overdrachtsformulier zoals het M118-formulier dat wordt gebruikt voor vreemdelingendetentie. Het hanteren van een dergelijk formulier heeft alleen zin als het formulier wordt gebruikt als groeidoel.<sup>71</sup> Verreweg de mooiste oplossing zou zijn dat de arts die de zorg op het politiebureau verleent en de arts van de PI in hetzelfde (digitale) dossier aantekeningen maken.

Uiteraard betekent niet-optimale zorg meestal niet dat er levensgevaar voor de gedetineerde ontstaat. Meestal niet, maar soms wel. Met name kan levensgevaar ontstaan bij een ernstige somatische ziekte zoals suikerziekte<sup>72</sup> of hart- en vaatziekten. Daarnaast kan levensgevaar ontstaan bij gedetineerden die suïcidaal zijn. De beoordeling van suïcidaliteit is problematisch en in de praktijk blijft het een kwestie van een professionele inschatting. Maar deze inschatting kan alleen op professionele wijze gebeuren als de relevante informatie zoals het hebben van psychiatrische problemen, een eerdere poging (tijdens de huidige detentieperiode) en suïcidale uitingen worden meegewogen.<sup>73</sup> Ontbreekt deze essentiële informatie dan kan van een professionele inschatting geen sprake zijn. Het inschatten van suïcidaliteit is een taak van de arts, de psycholoog en/of de psychiater.<sup>74</sup>

### *Toegang tot zorg in de penitentiaire inrichting*

Vrijheidsbeneming brengt op het gebied van medische zorg met zich mee dat de betrokkene afhankelijk is van de overheid voor het krijgen van medische hulp. Hulp wordt in penitentiaire inrichtingen doorgaans in twee stappen gerealiseerd. De eerste stap is de hulpvraag die de gedetineerde uit. Met deze hulpvraag moet de gedetineerde de PIW-er en soms ook de directeur van de inrichting zien te passeren, zoals bij hulpvragen buiten kantooruren, wanneer de medische dienst niet aanwezig is. Dat dit systeem

een zeker risico in zich draagt wordt geïllustreerd door een casus van een overlijden in de PI Zwolle. In deze casus ging het om een man met ernstige buikproblemen, waarvoor na overleg met de directeur geen medische hulp was ingeschakeld. Voor dit overlijden is de directeur vervolgd vanwege dood door schuld en het opzettelijke achterlaten in hulpeloze toestand. Voor het achterlaten in hulpeloze toestand ontbrak de opzet. Er was volgens de rechtbank echter wel sprake van onvoorzichtigheid en nalatigheid van de directeur, doordat hij de gedetineerde onvoldoende toegang tot medische zorg had verschaft. De rechtbank kwam echter tot het oordeel dat die onvoorzichtigheid en nalatigheid niet zodanig groot zijn geweest dat gesproken moet worden van een aanmerkelijke onvoorzichtigheid dan wel nalatigheid als bedoeld in artikel 307 Wetboek van Strafrecht.<sup>75</sup>

De tweede hobbel die moet worden genomen is het systeem van toegeleiding dat wordt gehanteerd in de inrichting. Toegeleiding betekent dat de gedetineerde eerst wordt gezien door een verpleegkundige en daarna, als de verpleegkundige dit noodzakelijk acht, door een arts. Ook hier ligt een zeker risico, zoals blijkt uit de zaak *Dolmatov*. De IGZ concludeerde in deze zaak dat de verpleegkundigen bij het inschatten van de suicidaliteit teveel verantwoordelijkheden naar zich hebben toegetrokken.<sup>76</sup> In de *Dolmatov* zaak wordt duidelijk dat verpleegkundigen zich verantwoordelijk voelen voor het inschatten van het suïciderisico. Wanneer zij het probleem niet of onvoldoende onderkennen zal de betrokkene niet worden doorgeleid naar de (daartoe bekwame) hulpverlener en is een ernstig risico snel ontstaan.

### Plaatsing Justitieel Medisch Centrum

Op grond van artikel 19 Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden kan een gedetineerde in het Justitieel Medisch Centrum (JMC) worden geplaatst vanwege het feit dat de gedetineerde medische behandeling behoeft waarvoor opname in een ziekenhuis geïndiceerd is, wanneer het vermoeden bestaat dat de gedetineerde voorwerpen in zijn lichaam heeft verborgen die een ernstig gevaar kunnen vormen voor de gezondheid van de gedetineerde of indien langdurig extra medische verzorging noodzakelijk is waardoor verblijf op een reguliere afdeling niet mogelijk is. De arts van de PI doet een schriftelijk voorstel aan het hoofd medische dienst van het JMC. Op grond van de beslissing van het hoofd medische dienst van het JMC kan de directeur overgaan tot overplaatsing (artikel 19 Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden). In dit woord 'kan' zit

voor een deel de zwakte van het systeem. Uiteindelijk beslist de directeur en is er geen *verplichting* tot overplaatsing voor de directeur.

Na een incident waarbij een gedetineerde met een PIJ-maatregel overleed in het Penitentiair Ziekenhuis (PEN ziekenhuis) is de status van deze zorginstelling veranderd. Het PEN ziekenhuis werd omgedoopt tot Justitieel Medisch Centrum (JMC) en daarmee werden op last van de IGZ de opnamemogelijkheden van het JMC beperkt. Opnames in het JMC waren in het vervolg slechts mogelijk voor een beperkt aantal indicaties en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) diende een beleid te voeren dat leidt tot het uitsluitend verwijzen van medisch stabiele patiënten naar het centrum en alleen voor de indicaties zoals omschreven op de lijst.<sup>77</sup> Voor acute zorgindicaties moest een gedetineerde voortaan worden geplaatst in een burgerziekenhuis, aldus de staatssecretaris in dezelfde brief. Het voorgaande leidde echter niet tot een aanpassing van de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden, hoewel wel de naam van het Penitentiair Ziekenhuis is gewijzigd in Justitieel Medisch Centrum. Op grond van deze regeling bleef het mogelijk om zowel bij een acuut medisch probleem als bij ernstig gevaar veroorzaakt door het slikken van voorwerpen geplaatst te worden in het JMC. Dat dit niet een zuiver theoretisch probleem is blijkt uit de interne audit van de PI Haaglanden (waartoe het JMC behoort), verzonden aan de IGZ waarin staat te lezen: 'In interviews kwam naar voren dat het JMC soms te maken heeft met een aanbod van patiënten waar het zorgaanbod van het JMC niet op toegesneden is. In dergelijke gevallen kan het voorkomen dat de patiënt door de arts op medische gronden wordt geweigerd maar via de lijn op penitentiaire gronden uiteindelijk toch wordt opgenomen.'<sup>78</sup> Ervan uitgaande dat deze informatie juist is, kan niet anders dan worden geconcludeerd dat dit overheidsbeleid leidt tot gevaarlijke situaties en onverantwoorde risico's. Gesteld kan worden dat hierdoor de zorgplichten die uit artikel 3 en artikel 2 EVRM voortvloeien niet worden nageleefd.

Inmiddels is de naam van het JMC veranderd in Justitieel Centrum voor Somatische Zorg (JCVSZ). Het geïntensiveerde toezicht dat de IGZ heeft uitgeoefend bij het JMC is in maart 2014 opgeheven nadat de IGZ tot de conclusie is gekomen dat de voorwaarden voor verantwoorde zorgverlening in het JMC inmiddels voldoende zijn geborgd. De IGZ geeft aan dat de directie van de PI Haaglanden en de hoofd-directie van de DJI artsen expliciet hebben gemandateerd om de in- en exclusiecriteria voor opname te bewaken. Voorts wordt benadrukt dat een brief van de hoofd-direc-

66. Vergelijk EHRM 14 maart 2002, nr. 46477/99 (*Paul en Audrey Edwards vs. Verenigd Koninkrijk*).

67. Nationale Ombudsman, Overlijden in detentie, rapportnummer: 2012/037, p. 35-43. W. Duijst e.a., *Suicide in detentie & EVRM*, Apeldoorn/Antwerpen: Maklu 2012, p. 98. In het rapport van de Onderzoeksraad voor de veiligheid, *Veiligheid van vreemdelingen*, 2014 is in de aanbevelingen opnieuw gewezen op het belang van infor-

matie-uitwisseling.

68. Hof Amsterdam 16 februari 2007, ECLI:NL:GHAMS:2007:AZ8826.

69. Inspectie VenJ, *Het Overlijden van Alexander Dolmatov*, 28 maart 2013, p. 90.

70. IGZ, *Medische diensten in penitentiaire inrichtingen: achter tralies nu veiliger zorg, maar verbeteringen nog nodig*, 2009, p. 19.

71. Inspectie VenJ, *Het Overlijden van Alexander Dolmatov*, 28 maart 2013, p. 11 en 88-89.

72. Zoals geïllustreerd door EHRM 27 januari 2011, nr. 10907/04 (*Iordanovi vs. Bulgarije*).

73. W. Duijst e.a., *Suicide in detentie & EVRM*, Apeldoorn/Antwerpen: Maklu 2012, p. 65 e.v.

74. Inspectie VenJ, *Het overlijden van Alexander Dolmatov*, 28 maart 2013.

75. Rb. Zwolle 12 maart 2009, ECLI:NL:RBZLY:2009:BH5678.

76. Inspectie VenJ, *Het overlijden van*

*Alexander Dolmatov*, 28 maart 2013, p. 16. 77. *Aanhangsel Handelingen II* 2009/10, 444. Brief van de Staatssecretaris van Justitie aan de voorzitter van de Tweede Kamer dd. oktober 2009.

78. Penitentiaire Inrichting Haaglanden, *Audit Verantwoorde zorg Justitieel Medisch Centrum*, 2013, p. 13. De interne audit is verzonden aan de IGZ. Dit rapport is openbaar geworden na een WOB-procedure door het radioprogramma Argos.



teur DJI en de 'beslisboom bij opname in het JMC' laten zien dat de arts van het JMC te allen tijde bepaalt of het medisch verantwoord is een gedetineerde op te nemen.<sup>79</sup> Het is opmerkelijk dat hier wordt benadrukt dat deze beoordeling te allen tijde bij de arts ligt; onzes inziens is het uitgesloten dat de beoordeling of het medisch verantwoord is een gedetineerde op te nemen bij een ander dan een arts zou liggen. Zoals de interne audit van de PI Haaglanden illustreert is er voorts klaarblijkelijk een onderscheid tussen de beslissing of het medisch verantwoord is een gedetineerde te plaatsen en de feitelijke beslissing tot plaatsing (op penitentiaire gronden). Dit onderscheid is met name van belang nu moet worden geconcludeerd dat anno april 2014 de in de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden genoemde criteria voor opname in het JMC ongewijzigd zijn, hetgeen de vraag doet rijzen of er nu daadwerkelijk iets is veranderd.

### Afsluiting

De Rechtbank Amsterdam heeft in het verleden op trefende wijze gewezen op de moeilijke positie waar de politie door diens hulpverlenende taak in terecht kan komen. Zij wees er op dat de politie sluitpost is van alle problemen die in de samenleving spelen. 'Als anderen hun handen ervan aftrekken, is er altijd nog de politie.'<sup>80</sup> Politieambtenaren worden in de dagelijkse praktijk op straat geconfronteerd met personen die ogenschijnlijk dronken lijken en nauwelijks aanspreekbaar zijn tot personen die in extreme opwindingsstoestand verkeren en om die reden overlast, gevaar voor zichzelf of de omgeving veroorzaken of een strafbaar feit plegen. Het zijn ook politieambtenaren die vaak als eerste ter plaatse zijn en vervolgens 'iets met deze personen moeten'. Naar onze mening moet de taak van de politie bij het uitvoeren van zorgtaken buiten het politiebureau beperkt blijven tot het overbrengen van de betrokkene naar een plaats waar een adequate beoordeling kan plaatsvinden. De overweging of gedrag veroorzaakt wordt door een ziekte moet daarbij gemaakt worden. Die overweging kan uiteindelijk alleen door een arts gemaakt worden. Voornoemd uitgangspunt doet de vraag rijzen of de huidige Ambtsinstructie toereikend is. De Ambtsinstructie schrijft niet voor dat een arts wordt ingeschakeld voor personen die door drank en/of drugsgebruik overlast veroorzaken of een gevaar vormen en ter hulpverlening worden ondergebracht op het politiebureau. De Ambtsinstructie hanteert het uitgangspunt dat de politieambtenaar (die veelal niet-medisch geschoold is) in alle gevallen kan beoordelen of iemand alleen drank heeft gebruikt en kan uitsluiten dat de betrokkene geen andere problematiek heeft waar op dat moment zorg voor moet worden ingeschakeld, hetgeen onzes inziens discutabel is. Om te voldoen aan de eisen gesteld door het EHRM zou bij personen die dronken lijken daarom naar onze mening altijd de arts moeten worden ingeschakeld, opdat deze zelf beoordeelt of daadwerkelijk sprake is van drankgebruik en om uit te sluiten dat de betrokkene geen andere problemen heeft waarvoor zorg nodig is.

Bij personen die ernstig in de war zijn past een extra voorzichtigheid in de benadering. Indien de politie wordt geconfronteerd met een persoon die ernstige psychische (en drugs gerelateerde) problemen lijkt te hebben is het inschakelen van medisch geëquipeerd personeel bij het

benaderen van deze persoon van groot belang, hetgeen door het EHRM wordt benadrukt<sup>81</sup> en in het convenant tussen de politie en de GGZ wordt erkend.<sup>82</sup> Essentieel in dit verband is echter wel dat de medisch hulpverlener tijdig ter plaatse is.

Bij overbrenging van een politiebureau naar een penitentiaire inrichting of vice versa is een adequate overdracht van medische gegevens (en een kleine hoeveelheid medicatie ter overbrugging) een voorwaarde om voldoende en juiste zorg te kunnen verlenen. Van beide partijen mag daarbij een proactieve houding worden verwacht.<sup>83</sup> Dit geldt ook voor informatie die van belang is om te bepalen in welke inrichting en op welke afdeling een gedetineerde moet worden geplaatst. Het is daarnaast belangrijk dat er bij de plaatsingsbeslissing aandacht is voor enerzijds de zorgbehoefte van de gedetineerde (in het bijzonder van gedetineerden met psychische problemen) en anderzijds de zorg die de betreffende inrichting met het oog op deze behoefte kan bieden. Daarbij geldt dat artsen geen justitiële beslissingen nemen, maar wel zorgbeslissingen. Als een arts aangeeft dat hij in zijn zorginstelling niet de zorg kan verlenen die een gedetineerde behoeft, dan kan en mag deze beslissing niet overruled worden door justitie.

Tot slot verdient het opmerking dat het systeem van toegeleiding dat wordt gehanteerd in onder meer penitentiaire inrichtingen evident afwijkt van de werkwijze in de vrije samenleving. Toegeleiding raakt een essentiële randvoorwaarde om adequate zorg te kunnen bieden, namelijk de toegang tot zorg. Als u en ik als burger naar de huisarts bellen om een afspraak te maken krijgen wij (als het goed is) hooguit de vraag van de doktersassistente met welke reden wij de huisarts willen spreken. Daarnaast kunnen wij buiten kantooruren de Huisartsenpost en in spoedgevallen 112 benaderen. Een gedetineerde met een hulpvraag moet echter allereerst zijn verhaal bij de verpleegkundige doen, en moet buiten kantooruren soms zelfs de PIW-er (of op het politiebureau de arrestantenverzorger) en de directeur overreden om toegang tot zorg te krijgen. Enerzijds kan geconstateerd worden dat het toegeleidingsysteem op gespannen voet staat met het equivalentiebeginsel. Anderzijds moet men ook oog hebben voor de detentiesituatie en de beperkingen die dit met zich meebrengt. Het systeem van toegeleiding staat of valt met de kwaliteiten van de persoon die is belast met de toegeleidingsfunctie. Wanneer deze kwaliteit hoog en de toegeleiding laagdrempelig is, is dit systeem onzes inziens toelaatbaar. Personen die een rol hebben in dit toegeleidingssysteem moeten zich echter bewust zijn van de rol die zij daarin spelen en de kennis en kunde die zij bezitten en de beperkingen daarvan. Verpleegkundigen moeten zich niet door het systeem gedwongen voelen om verantwoordelijkheden op zich te nemen die niet bij hen horen te liggen. •

79. IGZ, *Rapport naar aanleiding van het toezicht op het Justitieel Medisch Centrum te Scheveningen*, 2014, p. 7, 9, 12.

80. Rb. Amsterdam 21 januari 2009, ECLI:NL:RBAMS:2009:BH0490.

81. EHRM 16 januari 2014, nr. 5269/08, §5

232-233 (*Shchiborshch en Kuzmina vs. Rusland*).

82. Convenant Politie-GGZ 2012.

83. Vergelijk Hof Amsterdam 16 februari 2007, ECLI:NL:GHAMS:2007:AZ8826.