

♦ Adviezen voor hulpverleners

Wat kunt u als hulpverlener doen als u te maken krijgt met een (ex)gedetineerde patiënt?

- Wees alert op patiënten die op uw spreekuur komen nadat u ze lange tijd niet hebt gezien en waarvan u vermoedt dat ze weleens in de gevangenis kunnen hebben gezeten. Vraag ze waar ze al die tijd zijn gebleven en ga, indien van toepassing, het gesprek aan over de medische geschiedenis tijdens detentie.
- Probeer contact te houden met patiënten uit uw praktijk die veroordeeld zijn en u hebben laten weten dat ze hun straf moeten uitzitten. Draag hun dossier over aan de medische dienst van de PI, ook als deze er niet zelf om vraagt.
- Accepteer bewaking bij onderzoek, behandeling of opname in uw instelling, maar bedenk dat uw beroepsgeheim ook voor gedetineerden geldt: er horen geen bewakers in de spreekkamer aanwezig te zijn.
- Geef nooit medische informatie over de patiënt aan een bewaker of PIW'er. Vergewis u er altijd van dat u met iemand van de medische dienst spreekt en dat de patiënt toestemming heeft verleend om de informatie te delen.
- Indien u werkzaam bent in een huisartsenpost, zorg er dan voor dat de assistente die de telefoon opneemt weet dat zij gedetineerden die aangeven dat ze vanuit een PI bellen door moet verbinden met een arts of dat zij twijfel direct met de dienstdoende arts moet overleggen.
- Indien u forensische dienst heeft in een PI: wees alert bij elk sterfgeval. Jonge mensen gaan immers niet zomaar dood; is er sprake geweest van kwalitatief goede en tijdige hulpverlening? Overleg bij twijfel met de Medische Officier van Justitie en dring aan op obductie.
- Indien u als (consulerend) psychiater een PI bezoekt, vergewis u of de zorg die daar geleverd wordt gelijk is aan de psychiatrische zorg buiten. Met name als de gedetineerde in de isoleercel verblijft.
- Rapporteer verdachte omstandigheden, bestraffing door onthouden van medische zorg en onnodig zware omstandigheden ook bij de Commissies van Toezicht (www.commissievantoezicht.nl).

Overlijdens in de cel

In Zwolle overleed vorig jaar een gedetineerde in een isoleercel die verschillende keren vergeefs om een dokter had gevraagd. De gevangenisdirecteur is vervolgd voor dood door schuld, maar is in maart van dit jaar vrijgesproken door de rechtbank in Zwolle. Volgens bronnen hebben zich de afgelopen tijd enkele andere gevallen voorgedaan waarbij gedetineerden doktersbezoek is geweigerd of heel lang gewacht is met het regelen daarvan. Met soms fatale gevolgen voor de betrokkenen. Een bijkomend probleem is dat de medische diensten niet alle ernstige incidenten, overlijdens en suïcides van gedetineerden bij de Inspectie melden.

♦ Verder lezen

Advies: "De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving". RSJ, 2007, www.rsj.nl/search.aspx?simpleSearch=continuïteit
Medische diensten in penitentiaire inrichtingen: achter tralies nu veiliger zorg, maar verbeteringen nog nodig. IGZ, 2009, www.igz.nl/publicaties
Zorg achter tralies. Een onderzoek naar kwaliteitsaspecten van de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999
Zorg ingesloten. De organisatie van de medische zorg in de penitentiaire inrichtingen van het gevangeniswezen. Werkgroep Van Dinter/DJI, 1995
Zorg in detentie, B.H Bulten & W.J.F.M. van Kordelaar. In: *Detentie: gevangen in Nederland*, E.R. Muller & P.C. Vegter (red.). Kluwer, 2006

Noten

1. J. Vosters, Mensenrechten en gezondheid in detentie. Goede zorg bij gedwongen verblijf blijkt lastig. *Mensenrechten & Gezondheidszorg*, nr. 1, juni 2009
2. E. Bulten & H. Nijman, Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2009;153:A634
3. *Medische diensten in penitentiaire inrichtingen: achter tralies nu veiliger zorg, maar verbeteringen nog nodig.* IGZ, 2009

Lay-out: Drukkerij Printing BV, Amersfoort

Afbeeldingen: Basheem (p. 2 bovenaan), Penny Mathews (p. 2 onder), Josse (p. 3 boven) en Jason Mayoff (p. 3 midden)

© Johannes Wier Stichting, oktober 2009

Dit is een uitgave van de Johannes Wier Stichting, mensenrechtenorganisatie van en voor artsen, verpleegkundigen en paramedici. De JWS vindt dat deze beroepsgroepen een eigen en specifieke verantwoordelijkheid hebben voor de bescherming van mensenrechten. De stichting steunt collega's die vanwege hun mensenrechtenwerk in moeilijkheden komen, en stelt medische betrokkenheid bij schendingen aan de kaak. Ook stimuleert de stichting gezondheidspersoneel op te komen voor de rechten van hun patiënten en voor het Recht op Gezondheid van iedereen. De JWS heeft 'zorg bij gedwongen verblijf' als jaarthema voor 2009 gekozen en besteedt er bijzondere aandacht aan, onder andere in de vorm van deze bijlage, een speciale editie van de nieuwsbrief *Mensenrechten & Gezondheidszorg* en de organisatie van een debat in De Balie eerder dit jaar.



Johannes Wier Stichting
Nienoord 5
1112 XE Diemen

Meer informatie of donateur worden:
tel.: 020-8407630
fax: 020-8407631

info@johannes-wier.nl
www.johannes-wier.nl

Voor eenmalige donaties:
giro 53353, t.a.v. Johannes Wier Stichting

Zorg achter tralies

Knelpunten in de gezondheidszorg voor gedetineerden



In gevangenissen en andere penitentiaire inrichtingen (PI's) is de gezondheidszorg voor gedetineerden nog niet optimaal, concludeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg in een rapport dat eind juni verscheen. Dat kan consequenties hebben voor de gezondheid van gedetineerden, ook na hun vrijlating. De Johannes Wier Stichting (JWS) wil dit onderwerp met deze publicatie onder de aandacht brengen van een breder medisch publiek dan artsen en verpleegkundigen die in PI's werken. Uit een goedbezocht debat in maart 2009 kwam naar voren dat, hoewel er in de medische zorg voor mensen in gevangenschap de laatste jaren veel geïnvesteerd is, er nog steeds grote verschillen zijn tussen de zorg 'binnen' en de zorg 'buiten'. Er is voldoende aandacht voor regelgeving maar de uitvoering is vaak gebrekkig, concludeert een bestuurslid van de JWS. Bovendien is er een voortdurende spanning tussen veiligheid en gezondheidsrisico's: "De juridische en medische praktijk staan elkaar soms in de weg"⁽¹⁾. Ook u kunt in uw praktijk te maken krijgen met mensen die een groot of klein deel van hun leven achter gesloten deuren hebben doorgebracht. Waar moet u alert op zijn?

Voor alle mensen die tijdelijk of voor een langere periode worden opgesloten, geldt dat zij recht hebben op een gezondheidszorg die gelijkwaardig is aan die van mensen 'buiten'. Toch is dat niet altijd het geval. Het gaat bijvoorbeeld om de volgende groepen:

- **Arrestanten in politiecellen.** Mensen die in een politiecel terechtkomen hebben vaak acute hulp nodig, zowel op somatisch, psychosociaal als psychiatrisch gebied. Ze zijn bijvoorbeeld in een vechtpartij verwickeld geraakt of zijn in verwarde of beschonken toestand op straat aangetroffen. Politiepersoneel wordt opgeleid om te beoordelen of medische hulp nodig is, maar die opleiding is vaak onvoldoende. Meestal worden GGD-artsen opgeroepen; in de regel zijn dit sociaal geneeskundigen, geen huisartsen. In de avond, nacht en in het weekend kunnen er zich problemen voordoen wanneer de medische voorgeschiedenis niet beschikbaar is en de geestelijke gezondheidszorg moeilijk bereikbaar is.
- **Vreemdelingen in vreemdelingendetentie.** Uit onderzoek en casuïstiek blijkt dat het vaak lang duurt voordat vreemdelingen in detentie toegang krijgen tot medische zorg. Vaak krijgen ze paracetamol of kalmeringsmiddelen voorgeschreven in plaats van geschiktere medicatie, en veel behandelingen, waaronder die van psychotrauma, worden uitgesteld tot na de detentie. Bij uitzetting uit Nederland vindt geen overdracht plaats naar zorgverleners in het land van herkomst.
- **Mensen in speciale voorzieningen zoals tbs-klinieken.** Een probleem bij vreemdelingen die in een tbs-kliniek zijn opgenomen is dat ze automatisch tot ongewenste vreemdeling worden verklaard, wat maakt dat ze niet kunnen meedoen aan een resocialisatieprogramma en vervolgens niet kunnen worden vrijgelaten. Wanneer ze ook niet kunnen worden uitgezet, komt dit in feite neer op levenslang. Het zal duidelijk zijn dat deze vicieuze cirkel niet bevorderlijk is voor hun geestelijke gezondheid.
- **Jongeren in jeugdinrichtingen.** In jeugdinrichtingen zitten nog steeds jongeren met psychische problemen die geen misdaad hebben begaan, maar wel opgesloten zitten temidden van veroordeelde jonge criminelen. Dit kan zeer schadelijk zijn voor hun geestelijke gezondheid.
- **Gedetineerden in huizen van bewaring en gevangenissen** (penitentiaire inrichtingen). Over deze groep gaat de rest van deze publicatie.

Onder de hiervoor genoemde groepen vormen zwangere vrouwen, verstandelijk gehandicapten, verslaafden, psychiatrische patiënten en getraumatiseerde asielzoekers bijzondere subgroepen, die speciale zorg nodig kunnen hebben die in detentie niet of onvoldoende verkrijgbaar is.



Johannes Wier Stichting

info@johannes-wier.nl • www.johannes-wier.nl



◆ Gelijkwaardigheid van zorg

Het recht van gedetineerden op adequate gezondheidszorg is internationaal vastgelegd in een aantal verdragen en overeenkomsten, waaronder de Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners en de European Prison Rules. In Nederland is het recht op gezondheid ook vastgelegd in verschillende wetten en regels. Hierbij staat het algemene beginsel van gelijkwaardigheid van zorg centraal. Dit beginsel gaat uit van de gedachte dat mensen die van hun vrijheid zijn beroofd recht hebben op een zelfde niveau van zorg als gebruikelijk is in de burgermaatschappij. Daar waar geen adequate voorzieningen binnen de inrichting geboden kunnen worden, dient de mogelijkheid te bestaan dat gedetineerden toegang krijgen tot externe medische faciliteiten.

Binnen het ministerie van Justitie is DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen) de afdeling die verantwoordelijk is voor de uitvoering van gevangenisstraffen en ook voor de organisatie van de medische zorg. Een paar jaar geleden heeft DJI een gezondheidszorgvisie vastgesteld: “DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming.” Over het laatste deel van deze visie, ‘rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming’, stelt DJI: “Dit levert natuurlijk beperkingen op hoe, waar en wanneer gedetineerden medische zorg kunnen ondergaan.” Gedetineerden kunnen bijvoorbeeld niet zelf een arts kiezen of raadplegen en niet zelf de eerste hulp van een ziekenhuis bezoeken. Hierdoor ontstaat er voor DJI een extra verplichting om een gelijkwaardige kwaliteit van zorg te garanderen.

◆ Organisatie van de zorg

Elke PI beschikt over een medische dienst, die naast een hoofd bestaat uit een aantal verpleegkundigen en minimaal één inrichtingsarts. Vaak gaat het om een huisarts die naast zijn praktijk een parttime aanstelling heeft in de gevangenis. Maar ook sociaal-geneeskundigen of basisartsen worden ingeschakeld voor de zorg aan gedetineerden. De inrichtingsarts houdt spreekuur en is tijdens kantooruren oproepbaar in noodgevallen. Hij of zij fungeert als gewone huisarts voor de gedetineerden, maar heeft daarnaast ook een controlerende taak: bijvoorbeeld om vast te stellen of een gedetineerde geschikt is om te werken. ‘s Avond, ‘s nachts en in de weekeinden maken de PI’s meestal gebruik van de diensten van gecontracteerde instellingen zoals huisartsenposten of speciale bureaus voor (forensische) medische zorg. Farmacotherapeutisch overleg – het regelmatig bijeenkomen van een groep artsen met een apotheker om het medicatiebeleid te evalueren en zo nodig bij te stellen – vindt niet standaard plaats. De verpleegkundigen zijn in het algemeen alleen overdag aanwezig. Ze doen de (medische) intake bij binnenkomst, geven zelfzorgadviezen en zorgen voor de begeleiding naar de artsen: gedetineerden kunnen een consult aanvragen met een arts via de verpleegkundige. Dat werkt met een verzoekbriefje, dat ze moeten overhandigen aan de PIW’er (penitentiair inrichtingswerker/begeleider). Die geeft het vervolgens aan de verpleegkundige.

Een groot deel van de gedetineerden in Nederland kampt met psychosociale problemen. Uit een recent gepubliceerd onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de 191 onderzochte mannelijke gedetineerden een psychiatrische stoornis had en dat bij vier op de vijf ooit een psychiatrische diagnose is gesteld, inclusief verslaving ⁽²⁾. Bij psychiatrische problemen kunnen gedetineerden via de medische dienst verwezen worden naar de inrichtingspsycholoog of een psychiater. Die laatste stelt meestal alleen de diagnose en schrijft medicatie voor. Wekelijks vindt in alle PI’s een Psychomedisch Overleg plaats, waaraan behalve de psychiater en de inrichtingspsycholoog minimaal ook de inrichtingsarts en de verpleegkundigen van de medische dienst deelnemen. De deelnemers bespreken patiënten met (ernstige) psychiatrische problemen en stellen vast welke behandeling en/of welk vervolgtraject voor de betreffende patiënt nodig zijn.

Voor ernstig psychiatrisch gestoorde gedetineerden zijn er verschillende gespecialiseerde afdelingen in het gevangeniswezen. Voorbeelden zijn de Bijzondere Zorg Afdelingen (BZA), de Individuele Begeleidings Afdelingen (IBA) en de Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling (FOBA). De FOBA, gesitueerd in de Penitentiaire Inrichting Amsterdam, heeft de functie van crisisunit voor gedetineerden die bijvoorbeeld psychotisch zijn geworden.

Voor (licht) verstandelijk gehandicapten in detentie is er maar weinig gespecialiseerde zorg beschikbaar. Naar schatting 10 tot 25 procent van de gedetineerden is zwakbegaafd of heeft een lichte verstandelijke beperking. Een deel van deze mensen kampt met verslavings- en/of gedragsproblemen. In de PI’s is een op deze doelgroep gericht regime nauwelijks aanwezig; alleen PI’s met een BZA of IBA kunnen een prikkelarme omgeving bieden met een duidelijke structuur en een gericht hulpaanbod. Van structurele samenwerking met organisaties voor de zorg voor verstandelijk beperkten is nog onvoldoende sprake, concludeerde de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) vorig jaar in een advies. Volgens de Raad worden gedetineerden met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek slechts zelden verwezen naar de vijf speciale SGLVG-centra voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten van Stichting De Borge.

Het bestaande stelsel gaat binnenkort veranderen: in vijf PI’s zullen Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC’s) voortaan gespecialiseerde psychiatrische zorg aan gedetineerden leveren. Daarnaast komt er in elke vestiging van het gevangeniswezen een aparte Extra Zorg Voorziening (EZV), ter vervanging van de huidige BZA. Gedetineerden worden daar geplaatst op advies van het Psycho Medisch Overleg. Ook gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking zullen in de toekomst terecht kunnen in de EZV’s. Meer dan op een reguliere afdeling wordt in een EZV aandacht besteed aan diagnostiek, het stabiliseren van psychiatrische stoornissen (waaronder gebruik van medicatie), hygiëne en zelfverzorging, en doorverwijzing naar de tweede lijn. Gedetineerden die meer geestelijke gezondheidszorg (ggz) nodig hebben dan op de afdeling kan worden geboden, kunnen behandeld worden in een PPC of in een gecontracteerde ggz-instelling buiten de PI. In de nabije toekomst zal het aantal tweedelijnszorg-plaatsen voor psychiatrische patiënten uitgebreid worden van 500 naar 1200.

Psychiatrische problemen

Een aanzienlijk deel van de gedetineerden in Nederland heeft psychische problemen. Volgens de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) heeft 6 procent van de gedetineerden een vorm van psychose en lijdt een groot deel aan andere stoornissen, zoals depressiviteit, seksuele stoornissen, autisme, persoonlijkheidsstoornissen, posttraumatische stressstoornissen en ADHD. Ongeveer de helft van de gedetineerden heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ook heeft ongeveer de helft verslavingsproblemen. Bij velen is sprake van co-morbiditeit.

De RSJ oordeelde in 2007 dat de zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis en/of verslaving kan en moet worden verbeterd. De bevolking van de bijzondere afdelingen in het gevangeniswezen is vergelijkbaar met die van psychiatrische inrichtingen, stelt het rapport, maar de deskundigheid in de inrichtingen is daar niet op toegerust. Het afdelingspersoneel bestaat niet uit psychiatrisch verpleegkundigen en een psychiater (van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie) is zeer beperkt inzetbaar. Ook de diagnostiek en de informatieoverdracht zijn onvoldoende. De mogelijkheden om (ex) gedetineerden buiten de gevangenis te laten behandelen, worden weinig gebruikt.

Door deze tekortkomingen komen veel gedetineerden in de samenleving terug zonder dat er iets aan hun stoornis is gedaan. Omdat psychische stoornissen en verslavingsproblemen vaak de oorzaak van delicten zijn, is het niet alleen vanuit het oogpunt van het recht op gezondheid belangrijk om goede zorg te bieden, maar ook vanuit het oogpunt van meer veiligheid in de samenleving. “Goede zorg kan recidive terugdringen”, stelt de RJJ dan ook op zijn website.

Bron: *Mensenrechten & Gezondheidszorg*, nr. 1, 2009

◆ Project Verantwoorde Medische Zorg

Zo’n vijftien jaar geleden was het slecht gesteld met de medische zorg in detentie. Dat maakte het rapport *Zorg ingesloten* (1995) van de commissie-Van Dinter pijnlijk duidelijk. Een later rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg getiteld *Zorg achter tralies* (1999) beschreef de knelpunten, onder andere de onduidelijke organisatie van de medische dienst en het gebrek aan centraal vastgestelde bekwaamheids- en bevoegdheidseisen. Sinds de publicatie van *Zorg achter tralies* is er het nodige verbeterd in de zorg voor mensen in detentie. In 2003 startte DJI het project ‘Verantwoorde medische zorg’, dat geleid heeft tot een professionalisering van de medische dienst in de PI’s. Kernpunten daarvan zijn een betere structurering van de dienst, met een duidelijke functie Hoofd medische dienst, administratieve ondersteuning en begeleiding door verpleegkundigen naar de artsen; een duidelijke functieomschrijving van medewerkers; en opleiding en scholing van verpleegkundigen en artsen tot penitentiaire (justitiële) verpleegkundigen en artsen. Daarnaast is gewerkt aan de invoering van een huisartsinformatiesysteem (MicroHIS) en verbetering van de farmaceutische zorg.

Eind 2007 moesten al deze verbeteringen zijn gerealiseerd. Echter, een recent evaluatieonderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ⁽³⁾ wijst uit dat er nog veel knelpunten zijn, in ieder geval in de zestien instellingen die door de Inspectie zijn bezocht. De belangrijkste knelpunten kunnen gegroepeerd worden in de volgende clusters: 1) zorg buiten kantooruren; 2) deskundigheid van het personeel; 3) continuïteit van zorg; en 4) medicatieverstrekking.

Zorg buiten kantooruren

’s Avonds, ’s nachts en in de weekenden is er meestal geen verpleegkundige aanwezig en moeten penitentiair instellingswerkers (PIW’ers) – die daarvoor niet zijn opgeleid – beslissen of een klacht ernstig genoeg is om een arts in te schakelen. Deze ongewenste vorm van triage kan volgens de Inspectie voorkomen worden door op elke afdeling een speciale telefoon (die geblokkeerd is voor andere nummers) ter beschikking te stellen, zodat gedetineerden met medische klachten zelf met een huisarts of huisartsenpost kunnen bellen zonder tussenkomst van een PIW’er of bewaarder.

Bij medische zorg buiten kantooruren is de kans groter dat de medische dossiers niet worden bijgewerkt en dat gebruik wordt gemaakt van de noodvoorraad medicijnen, zonder controle achteraf door een arts. Bij ongeveer een derde van de geënquêteerde instellingen krijgen gedetineerden ’s avonds en in het weekend hulp van een arts die geen huisarts is en daarom niet beschikt over aanvullende curatieve vaardigheden.

Deskundigheid personeel

De zorg voor gedetineerden vraagt naast kennis van de curatieve zorg, ook specifieke kennis over bijvoorbeeld verslaafdenproblematiek, specifieke psychiatrische aandoeningen, het omgaan met ziektegedrag in andere culturen, (dis)simulatiegedrag, infectieziekten, gevolgen voor de (geestelijke) gezondheid door de detentie et cetera. Bij een deel van de instellingen die zijn onderzocht, blijkt dat niet alle artsen goed genoeg gekwalificeerd zijn voor dit werk. (Huis)artsen die dit werk doen, vaak in dienst van een maatschap die ingehuurd wordt of van de GGD, zijn medisch meestal voldoende deskundig, maar hun bekwaamheid om dit specifieke werk te doen laat geregeld te wensen over. Een deel van de PI’s blijft behalve ’s avonds en in de weekenden ook overdag gebruik te maken van de diensten van niet-huisartsen, bij wie soms de curatieve kennis te kort schiet. Chronisch zieken krijgen vaak te weinig aandacht voor hun kwalen; doordat er niet wordt gewerkt volgens de standaarden van de medische beroepsgroep is er een reëel risico op onvoldoende

zorg. Gezien deze problemen adviseert de Inspectie om in het vervolg alleen nog maar gebruik te maken van speciaal opgeleide justitieel artsen en verpleegkundigen, en bij contractering van artsen en verpleegkundigen de nadruk te leggen op het krijgen en behouden van voldoende deskundigheid.

Continuïteit van zorg

Alle medische diensten werken sinds een aantal jaren verplicht met het huisartseninformatiesysteem MicroHIS. Het blijkt niet makkelijk te zijn om in de hectiek van alledag in PI’s de gegevens altijd op tijd en voldoende gedetailleerd bij te werken in dit systeem. De IGZ constateert onder andere dat de probleemlijsten onvoldoende worden ingevuld en dat niet alle uitgereikte medicatie in het systeem opgenomen wordt. Ook hebben waarnemers in de avonden en weekenden niet altijd toegang tot het systeem. Een ander probleem is het onvoldoende zorgdragen voor continuïteit van zorg vóór en na detentie. Lang niet alle PI’s hebben als beleid dat de medische dienst standaard medische informatie opvraagt over nieuwkomers bij een andere PI of in het reguliere medische circuit. Ook hangt het regelen van vervolgzorg te veel af van individuele verpleegkundigen, artsen en psychologen, oordeelt de Inspectie. Het is niet vastgelegd in werkprocessen. Daarnaast worden de vervolgbehandelaars zelden geïnformeerd; bij slechts twee van de zestien bezochte instellingen gebeurt dit standaard. Als een gedetineerde vrijkomt of wordt overgeplaatst volgt zijn medische dossier hem vaak niet; ook krijgen gedetineerden zelden een actuele probleemlijst en medicatie voor chronische aandoeningen mee.

De Inspectie eist dat de inrichtingen de continuïteit vóór en na detentie verbeteren. Dat kan enerzijds door dossieroverdracht en anderzijds door meer aansluiting te zoeken bij de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg. Bij vrijlating of overplaatsing moeten gedetineerden in ieder geval een kopie meekrijgen van hun medische gegevens. Dat betekent dat onverwachte vrijlating zonder overdracht van het medisch dossier niet meer mag voorkomen.

Medicatieverstrekking

In vrijwel alle bezochte penitentiaire inrichtingen zijn er problemen met de medicatieveiligheid. Het beheer en gebruik van de noodvoorraad medicatie is in de meeste PI’s niet op orde. Gedetineerden krijgen geregeld medicijnen uit de noodvoorraad zonder dat er een arts bij betrokken is en vaak zonder dat de transactie wordt vastgelegd. Hoewel de artsen verantwoordelijk zijn voor de medicijnvoorraad, hebben zij geen overzicht over wat er in en uit de voorraad gaat. De recepten worden vaak niet door een arts getekend. Indien er geen verpleegkundige aanwezig is, ontvangen gedetineerden hun geneesmiddelen uit handen van PIW’ers, die in de regel geen kennis van werking en bijwerking van geneesmiddelen hebben. De medicijnen die worden verstrekt zijn bovendien niet voorzien van een bijsluiter: van de 39 ondervraagde instellingen verstrekke slechts één standaard een bijsluiter bij aanvang van een nieuw geneesmiddel.

