



De behandeling van personen met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis in de strafrechtsketen in Sint Maarten

De behandeling van personen met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis in de strafrechtsketen in Sint Maarten

Opdrachtgever: Raad voor de rechtshandhaving

Februari 2016

Inhoudsopgave

Lijst met gebruikte afkortingen	6
Voorwoord	7
Samenvatting en aanbevelingen	9
Summary and recommendations	11
1. In- en aanleiding	15
1.1 In- en aanleiding	15
1.2 Doelstelling	15
1.3 Probleemstelling en onderzoeksvragen	15
1.4 Onderzoeksaanpak en -methode	16
1.5 Afbakening	17
1.6 Leeswijzer	17
2. Forensische zorg - probleemschets	19
3. Wettelijk en bestuurlijk kader	23
3.1 Wettelijk kader	23
3.2 Geestelijke gezondheidszorg in Sint Maarten	25
4. Onderzoekresultaten	27
4.1 Cijfers	27
4.1.1 Cijfers MHF oktober 2015	27
4.1.2 TPF cijfers 2015	27
4.1.3 Politie cijfers 2015	27
4.1.4 Gevangenis cijfers 2015	27
4.1.5 SJB cijfers 2015	28
4.1.6 OM cijfers 2015	28
4.2 De keten	28
4.3 Toerusting in de keten	30
4.3.1 Middelen/facilitaire voorzieningen	30
4.3.2 Financiering	34
4.3.3 Samenwerking	34
4.3.4 Regie	35
4.3.5 Organisatorische inrichting, werkwijze en procedures	36
4.3.5.1 Categorie 1: Non delinquenten met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis	36
4.3.5.2 Categorie 2: Delinquenten met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis	37
4.4 Opvang in de keten	40
4.4.1 Registratie bij instanties in de keten	40
4.4.2 Overdracht van informatie en informatiedeling	40
4.4.3 Signaleringsfunctie bij de instanties in de keten	40
4.5 Behandeling	41
4.6 Nazorg	42

5.	Analyse en conclusie	45
5.1	Inleiding	45
5.2	Wettelijke en bestuurlijk kader	45
5.2.1	Wettelijk kader en uitvoering	45
5.2.2	Beleid	45
5.2.3	Financiering en middelen	46
5.3	Keten	46
5.3.1	Organisatorische inrichting, werkwijze en procedures	46
5.3.2	Facilitaire voorzieningen	47
5.4	Opvang, behandeling, nazorg	47
5.4.1	Opvang	47
5.4.2	Behandeling	48
5.4.3	Nazorg	48
5.5	Gevolgen	49
5.6	Slotsom	49

Lijst met gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis
AG	Advocaat-generaal
AVBZ	Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten
BuPo-verdrag	Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten
CCvR	Centraal College voor de Reclassering
CPO	Community Police Officer
EPR	European Prison Rules
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FACT	Flexible assertive community treatment
FOBA	Forensische Observatie en Behandeling Afdeling
HvB	Huis van bewaring
JD	Justitiële divisie
JIS	Justitieel Informatie Systeem
MHF	Mental Health Foundation
MvT	Memorie van Toelichting
OM	Openbaar Ministerie
PG	Procureur-generaal
Raad	Raad voor de rechtshandhaving
SJIB	Stichting Justitiele Inrichtingen Bovenwinden
SMR	Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners
SOV	Strafrechtelijke opvang verslaafden
SZV	Sociale Ziektekosten Verzekering
TPF	Turning Point Foundation
tbs	terbeschikkingstelling
VROMI	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening, Milieu en Infrastructuur
VSA	Ministerie van Volksgezondheid Sociale zaken en Arbeid
WvSr	Wetboek van Strafrecht
WvSv	Wetboek van Strafvordering

Voorwoord

Dit rapport bevat de uitkomsten van het onderzoek naar hoe de strafrechtsketen omgaat met personen met een verslaving of gedragsstoornis en de mate waarin de keten toegerust is op haar taak om die personen op te vangen, te behandelen en hen nazorg kan verlenen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de huidige stand van zaken rond om de toerusting van de strafrechtsketen, de opvang, de behandeling en de nazorg, gezien de maatschappelijke en wettelijke normen verre van voldoende is.

Dat is een zorgelijke constatering vanuit het oogpunt van de goede strafrechtpleging, de menswaardige bejegening van betrokken personen en de beveiliging van de maatschappij.

De Raad spreekt de hoop uit dat de minister van Justitie spoedig het wettelijk-, bestuurlijk-, en beleidskader aanpakt, waarmee de basis wordt gecreëerd voor structuur, samenwerking en de organisatie van voorzieningen voor de omgang met de doelgroep in de hopelijk nabije toekomst.

Een ieder die is benaderd was bereid zijn medewerking te verlenen. De Raad dankt alle geïnterviewden nogmaals hartelijk voor hun bijdrage, zonder welke dit rapport niet tot stand was gekomen.

DE RAAD VOOR DE RECHTSHANDHAVING

mr. F.E. Richards, voorzitter

mr. Th.P.L Bot

mr. G.H.E. Camelia

Samenvatting en aanbevelingen

Inleiding en aanleiding

In 2013 heeft de Raad een onderzoek verricht naar de reclassering van volwassenen in Sint Maarten waarbij de focus gericht was op de uitvoering van de reclasseringswerkzaamheden zoals die door de SJIB plaatsvindt. Bij dat onderzoek heeft de Raad signalen ontvangen van mogelijke knelpunten in de omgang van de keten met personen met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis. Die signalen vormden de aanleiding voor de Raad om een beschrijvend en inventariserend onderzoek te doen naar hoe in de strafrechtsketen wordt omgegaan met verslaafden en personen met een gedragsstoornis die in aanraking met justitie zijn gekomen. Daarbij betreft de Raad de toerusting van de betrokken instellingen voor hun taak, mate waarin opvang, behandeling en nazorg aan personen met een verslaving of gedragsstoornis wordt gegeven. Op deze manier geeft de Raad inzicht in de huidige praktijk en stelt de mogelijke knelpunten vast om waar nodig verbeterpunten aan te dragen.

De centrale vraag

In hoeverre is de strafrechtsketen toegerust op personen met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis en in hoeverre is de strafrechtsketen in staat om deze personen op te vangen, te behandelen of hen nazorg te verlenen?

De deelvragen hebben betrekking op toerusting, opvang, behandeling en nazorg.

Wettelijk en bestuurlijk kader

De Raad constateert dat de inwerkingtreding van de tbs-bepalingen uit het Wetboek van Strafrecht achterwege is gebleven en dat het wettelijk kader onvoldoende zijn weerslag vindt in uitvoeringsregelingen. Daarnaast constateert de Raad de afwezigheid van enig beleid voor de doelgroep. Voor een complexe problematiek als de onderhavige, en van dermate serieuze omvang, ziet de Raad een beleidskader als een basis voor de planning, financiering, uitvoering, afstemming en samenwerking.

Toerusting

De keten wordt ten aanzien van de doelgroep gekenmerkt door ad hoc werken. Interne werkwijzen of procedures, die specifiek zijn gericht op de doelgroep, ontbreken. Ketenaafspraken en afstemming van werkzaamheden zijn er niet. Forensische deskundigheid ontbreekt door de gehele keten heen, en alle ketenpartners hebben een beperkte capaciteit beschikbaar voor de intensieve bejegening die de doelgroep vergt. De Raad constateert dat de (facilitaire) voorzieningen, die nodig zijn om inhoud te kunnen geven aan de wettelijke bepalingen, nagenoeg allemaal ontbreken. Daar boven op komt dat de keten een duidelijk structuur mist voor de inschakeling van of overdracht aan ketenpartners bij contactmomenten.

De Raad constateert dat de toerusting van de keten niet in orde is en ziet daarin in de praktijk verontrustende risico's voor de strafrechtspleging.

Opvang en behandeling

De Raad constateert dat (het gebrek aan) deskundigheid, middelen, registratie en voorzieningen reeds in de signaleringsfase een bepalende rol hebben voor de verdere opvang en behandeling van een persoon. Uit de bevindingen trekt de Raad de conclusie dat de behandeling binnen het gevangeniswezen ver afstaat van het bieden van werkelijke therapeutische behandelingen op maat. Daarenboven acht de Raad het aannemelijk dat door capaciteitstekorten in het gevangeniswezen en het gebrek aan voorzieningen en gebreken in de signalering een groot deel van de veroordeelden met gedragsstoornissen of verslaving onbehandeld, althans zonder gerichte behandeling terugkeren in de maatschappij.

De Raad stelt in algemene termen vast dat de keten in Sint Maarten niet goed in staat is om personen uit de doelgroep op te vangen en hen te voorzien in de behoefte aan behandeling.

Nazorg

Bij de nazorg heeft de Raad als beoordelingscriteria genomen de reclasseringstoezicht en -begeleiding en de verslavings- of geestelijke gezondheidszorg voor de resocialisatie en reïntegratie. Aan een reïntegratietraject van de gevangene (dat reeds tijdens de detentie en ruim voor de invrijheidstelling moet aanvangen) wordt niet voldaan en bij de uitstroom uit de gevangenis is geen bijzondere aandacht voor de personen uit de doelgroep. De gevolgen daarvan zijn, dat de persoon aan zijn lot wordt overgelaten, snel uit het zicht van de reclassering en de zorg verdwijnt en er daarmee een verhoogd risico op recidive is.

De Raad stelt hiermee vast dat de keten niet in staat is om de vereiste nazorg te bieden.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van zijn onderzoek doet de Raad de volgende aanbevelingen:

Aan de minister van Justitie:

1. Draag zorg dat de tbs- bepalingen uit het Wetboek van Strafrecht zo spoedig mogelijk inwerking treden.
2. Draag zorg voor de noodzakelijke uitvoeringsregeling bij de wettelijke bepaling inzake de plaatsing in een psychiatrische inrichting, de strafrechtelijke onder curatele stelling, de strafrechtelijke opvang van verslaafden en de ter beschikking stelling.
3. Stel in samenwerking met de ketenpartner, waaronder in elk geval het OM, het KPSM, de MHF, de SJIB, de Detentieinrichting, het CCvR en de TPF, beleid op voor de behandeling van en nazorg aan personen uit de doelgroep. Coördineer dit zo mogelijk met de minister van VSA.
4. Bevorder vervolgens de vaststelling van werkwijze en procedures, samenwerkingsafspraken en informatiedeling in de keten.

Summary and recommendations

Introduction

In 2013, the Council conducted a study on the rehabilitation of adults in St. Maarten where the focus was on the implementation of the rehabilitation work as taking place through the SJIB. In that review, the Council received signals of potential problems within the judicial chain in the handling of people with addiction problems or (other) mental disorders. Those signals were the reason for the Council to do research on how the criminal justice system deals with persons with addiction and/or mental illness that have come into contact with law enforcement. In addition, the Council regards the equipment of the institutions concerned for their job, the extent to which reception, treatment and what aftercare is given. In this way, the Council gives insight on the current practice and determines the potential bottlenecks where necessary to contribute to improvement.

The central question

To what extent is the judicial chain equipped for people with an addiction or mental disorder and to what extent is it able to receive these people, treat them or give aftercare to them?

The sub-questions concern the equipment, reception, treatment and aftercare.

Legal and administrative framework

The Council notes that the *TBS* provisions (*TBS*: sentenced placement under a mental hospital) of the Penal Code have not yet entered into force and that the legal framework is insufficiently reflected in its implementation towards executive measures. In addition, the Council notes the absence of any policy. For complex problems like the present, and of such serious magnitude, the Council sees a policy as the basis for planning, financing, implementation, coordination and cooperation.

Equipment

The chain is characterized by working *ad hoc* with respect to the reference group. Internal processes or procedures that are specifically focused on the group, are missing. There are no arrangements or coordination of activities. Forensic expertise is missing within the entire chain and the partners have limited capacity available for the intensive treatment that is required. The Council notes that the facilities that are needed to embody the legal provisions, are missing. On top of that comes the lack of a clear structure for the consultation of or transfer to a partner within the chain as a consequence of contacts. The Council notes that the equipment of the chain is not in order and sees troubling risks in the practice for the criminal justice system.

Reception and treatment

The Council notes that the (lack of) expertise, resources, registration and facilities in the signaling phase, plays a decisive role for the further care and treatment of a person. From the findings, the Council concludes that the treatment within the prison system is far removed from providing effective therapeutic treatments tailored to the needs of the individual. Moreover, the Council considers it likely that by capacity shortages in prisons and the lack of amenities and defects in the signaling much of the convicts with mental disorders or addiction untreated, at least without targeted treatment return to society.

The Council notes in general terms that the judicial chain in Sint Maarten is not able to take care of people in the reference group and provide necessary treatment.

Aftercare

For the evaluation of the aftercare, the Council focused on the criteria of the probation supervision, and probation counseling and counseling for addiction or mental health illnesses with the purpose of rehabilitation and reintegration. The reintegration of the prisoner (which should already begin during detention and well before the release) does not meet the standard. With regards to the flow of people released from prison, there is no particular attention to people in the reference group. The consequences are that the person is left to fend for himself, will disappear out of sight of the probation and care services and thus forming an increased risk of recidivism.

The Council concludes that the chain is not able to provide the required aftercare.

Recommendations

Based on the results of its investigation, the Council makes the following recommendations:

To the Minister of Justice:

1. Ensure that the provisions of the Penal Code providing sentenced placement under a mental hospital (*TBS*) enter into force as soon as possible.
2. Take care of the necessary implementation of executing measures of the statutory provision regarding the placement in a psychiatric institution, the criminal guardianship, compulsory treatment for addicts and sentenced placement under a mental hospital.
3. Establish policies for treatment and aftercare to people in the reference group in cooperation with the chain partners, in any case including the OM, the KPSM, the MHE, the SJIB, the Detention Facility, the CCvR and TPF. Coordinate this if possible with the VSA minister.
4. Thereafter, promote the establishment of methods and procedures, cooperation agreements and sharing of information in the organizational chain.



In- en aanleiding

1.1 In- en aanleiding

Op grond van artikel 3, eerste lid, onder b, van de Rijkswet Raad voor de rechtshandhaving is de Raad voor de rechtshandhaving (hierna: de Raad) onder andere belast met het toezicht op de instellingen en inrichtingen waar vrijheidsstraffen, vrijheidsbeperkende straffen, vrijheidsbenemende maatregelen of vrijheidsbeperkende maatregelen ten uitvoer worden gelegd, of reclassering dan wel slachtofferzorg plaatsvindt ten aanzien van volwassen en jeugdigen. De Raad heeft in zijn jaarplan voor 2015 vastgelegd welke onderwerpen dit jaar aan bod komen. Eén van deze onderwerpen is de behandeling van personen met verslavingsproblemen of gedragsstoornissen in de strafrechtsketen.

In 2013 heeft de Raad onderzoek gedaan naar de reclassering van volwassenen in Curaçao, in Sint Maarten en op de BES-eilanden. Het onderzoek richtte zich voornamelijk op de activiteiten die worden uitgevoerd door de stichtingen die voor de reclassering van volwassenen zijn aangewezen. Bij dat onderzoek heeft de Raad signalen ontvangen dat mogelijk knelpunten bestaan op het gebied van de forensische zorg¹.

De Raad vindt het belangrijk om te inventariseren hoe het is gesteld met de opvang, de behandeling van en de nazorg aan personen met een verslavingsprobleem of een gedragsstoornis² in de strafrechtsketen en vast te stellen of bovengenoemde knelpunten inderdaad bestaan.

1.2 Doelstelling

Met dit onderzoek wil de Raad inzichtelijk maken hoe de strafrechtsketen in Sint Maarten omgaat met personen met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis. Tevens inventariseert de Raad met dit onderzoek of de instellingen die zijn belast met de behandeling van deze personen toegerust zijn voor hun taak. Op deze manier wil de Raad inzicht geven in de huidige praktijk en de mogelijke knelpunten vaststellen om zodoende waar nodig verbeterpunten aan te dragen. Het onderzoek zal ook inzicht bieden in de initiatieven die genomen worden op het gebied van de maatschappelijke reïntegratie en resocialisatie van personen met een verslavingsproblematiek of gedragsstoornis. Daarmee is ook de maatschappelijke veiligheid gediend.

1.3 Probleemstelling en onderzoeksvragen

De centrale vraag luidt als volgt:

In hoeverre is de strafrechtsketen toegerust op personen met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis en in hoeverre is de strafrechtsketen in staat om deze personen op te vangen, te behandelen of hen nazorg te verlenen?

¹ Forensische zorg omvat alle geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, gedragskundige/milieutherapeutische behandeling op strafrechtelijke titel. De forensische zorg is een gebied waar zorg en justitie elkaar treffen. Het doel van de forensische zorg is de behandeling van de delict pleger, recidive tegen te gaan middels zijn resocialisatie en de maatschappij te beschermen.

² Onder verslaving verstaat de Raad een afhankelijkheid van alcohol, drugs of andere middelen. Het zij opgemerkt dat verslaving en gedragsstoornis vallen onder de overkoepelende term psychische stoornissen. Het begrip psychische stoornissen omvat echter meer aandoeningen.

Dit onderzoek richt zich op de gehele keten, dat wil zeggen van de opvang in de strafrechtsketen, via diagnosestelling, gevolgd door behandeling en/of detentie, naar de uitstroom uit de zorginstelling of detentie inrichting en de nazorg.

Ter beantwoording van de hiervoor genoemde onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1) Is de strafrechtsketen (voldoende) toegerust op verslaafden of gedragsgestoorde personen die met het strafrecht in aanraking zijn gekomen?
- 2) In hoeverre is de strafrechtsketen in staat om personen met een verslavingsproblematiek of een gedragsstoornis op te vangen?
- 3) In welke mate is de strafrechtsketen in staat om personen met een verslavingsproblematiek of een gedragsstoornis te behandelen?
- 4) Welke nazorg wordt geboden aan verslaafden en gedragsgestoorden die met het strafrecht in aanraking zijn gekomen?

1.4 Onderzoeksaanpak en -methode

A. Reikwijdte van het onderzoek

De Raad heeft vanuit de aandachtspunten toerusting, opvang, behandeling en nazorg gekeken naar wat er met de dader met een verslavingsprobleem of gedragsstoornissen gebeurt. Door de (justitiële of zorg) instanties waarmee de dader in contact komt in kaart te brengen, heeft de Raad de keten vastgesteld.

Toerusting

Voor de toerusting is naar 4 aspecten gekeken, namelijk de organisatorische inrichting, de organisatiekracht, de middelen en facilitaire voorzieningen en het wettelijk kader gekeken. Deze aspecten vormen de basisvoorzieningen en randvoorwaarden ten behoeve van de manier waarop de keten met het doelgroep omgaat. Bij de organisatorische inrichting kijkt de Raad naar de werkwijze en procedure van de organisaties in de keten, welke functie groepen binnen de organisaties een bijdrage leveren aan de opvang, behandeling van en nazorg aan de verslaafde of gedragsgestoorden. Bij het aspect organisatiekracht inventariseert de Raad in de capaciteit, de vakinhoudelijke expertise, de ervaring en de opleiding van het personeel de (facilitaire) voorzieningen voor de werkers en voor de cliënten.

Opvang

Bij een goede opvang van personen heeft de Raad de volgende aspecten als onmisbaar aangemerkt namelijk de wijze waarop deze personen instromen bij de organisaties, de registratie bij de organisaties, of de organisaties instaat zijn om te herkennen dat iets met de persoon/verdachte aan de hand is, de overdracht van de persoon en de overdracht van informatie aan de volgende schakel in de keten. De overdracht valt uiteen in de overdracht van de cliënt bij binnenkomst en de overdracht van informatie over de cliënt van de ene organisatie naar de andere.

Behandeling

De behandeling bekijkt de Raad de aspecten diagnose stelling, diversiteit van en kwaliteitssystemen rond de behandelprogramma's, voortgang van de behandeling, bejegening van de cliënt en de overdracht van cliënt en informatie aan de nazorg.

Nazorg

Welke organisaties betrokken zijn bij de nazorg, wat zijn doen in het kader van de herintreding van de (ex-)gedetineerde in de maatschappij en diens resocialisatie. Daarnaast is ook gekeken of betrokken wordt gemonitord of gevolgd en of er sprake is van doorbehandeling.

Dat onderzoek leverde het volgende schema op:

Toerusting	Opvang	Behandeling	Nazorg
<ul style="list-style-type: none">• organisatorisch inrichting• organisatiekracht• (facilitaire) middelen• wettelijk kader	<ul style="list-style-type: none">• instroom• registratie• herkennen• overdracht informatie & cliënt	<ul style="list-style-type: none">• diagnose• diversiteit van en kwaliteitssystemen• behandelprogramma's• voortgang behandeling• bejegening• overdracht informatie & cliënt	<ul style="list-style-type: none">• ontplooië activiteiten gericht op herintreding• monitoring/volgen?• organisaties betrokken bij de nazorg

B. Methode

De probleemstelling wordt beantwoord aan de hand van informatie uit *desk research*, interviews en observaties.

Desk research

Bij de deskresearch heeft de Raad aan de hand van de wet- en regelgeving en vakliteratuur vastgesteld welke vereisten gelden en welke voorzieningen er zouden moeten zijn voor de correcte behandeling van het doelgroep in de strafrechtketen. Aan de hand van eerdere rapporten en andere relevante onderzoeken, jurisprudentie en media heeft de Raad zich een beeld gevormd van de stand van zaken in de praktijk, de knelpunten en de mogelijke *best practices*.

Interviews

De Raad heeft aan de hand van interviews inzicht gekregen in de praktijk in Sint Maarten. Er hebben in totaal 13 interviews plaatsgevonden met 19 personen. De interviews zijn vastgelegd en de verslagen zijn ter accordering aan betrokkenen opgestuurd.

Observaties

Daar waar nodig is aan de hand van observaties gekeken of de beschreven procedures of aangegeven handelingen daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast.

1.5 Afbakening

Dit onderzoek beoogt een balans op te stellen van hoe de strafrechtketen omgaat met verslaafde en gedragsgestoorde volwassenen die in aanraking komen met politie en justitie. Minderjarigen met een verslaving of gedragsstoornis vallen buiten dit onderzoek. Voorts is dit onderzoek niet een inhoudelijke kwaliteitstoets van de pro Justitia rapportages, de zorg of de uitvoering van de aangeboden behandelprogramma's.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft het belang weer van forensische zorg als ook een schets van het probleem rond die zorg in Sint Maarten. Hoofdstuk 3 geeft het juridisch/wettelijk en bestuurlijk kader weer. Hoofdstuk 4 beschrijft de keten en geeft een schets van de situatie van de praktijk met betrekking tot het doelgroep. Hoofdstuk 5 bevat een analyse en conclusies, gevolgd door aanbevelingen.

2

Forensische zorg - probleemschets

De overheid is verantwoordelijk voor een veilige samenleving. Een van de instrumenten om de samenleving te *beveiligen* is het strafrecht. Het strafrecht bevat de maatschappelijke normstelling voor strafbaar gedrag of feiten (normstelling en generale preventie), beoogt genoegdoening te geven aan slachtoffer en samenleving (vergelding), de maatschappij te beveiligen tegen gevaarlijk geachte personen (maatschappij beveiliging) en de delict pleger, na het uitzitten van een straf, te resocialiseren om diens terugkeer in de maatschappij te bevorderen en het risico op recidive te verminderen of te voorkomen (speciale preventie). Het strafrecht heeft als uitgangspunt dat de volledig toerekeningsvatbare dader (het overgrote merendeel) uit eigen wil en in het besef van de normoverschrijding (bewust) kiest om een delict te plegen, althans bewust het risico neemt (opzet). De dader wordt daarvoor in een strafproces ter verantwoording geroepen en de schuld aan de daad wordt hem volledig toegerekend.

Niet iedere dader kan volledige schuld worden toegerekend voor zijn daden. Als er sprake is van gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis van de geestvermogens, kan het strafrecht de dader de schuld aan een strafbare daad niet of in mindere mate aanrekenen, uit te drukken in de zogeheten toerekeningsvatbaarheid. Indien een dader in zijn geheel ontoerekeningsvatbaar is, wordt zijn schuld aan het strafbare feit uitgesloten. De justitiële keten schakelt voor de bepaling van de mate van toerekeningsvatbaarheid een gedragsdeskundige (psychologen en psychiaters) in om een gedragsdeskundigrapport (zogenoemd Pro Justitia rapport) uit te brengen. In een Pro Justitia rapport staat de vraag centraal of de verdachte een gedragsstoornis heeft, de mate waarin de stoornis heeft bijgedragen aan het plegen van het strafbare feit (waarmee tevens de mate van toerekeningsvatbaarheid wordt bepaald) en het advies omtrent de behandeling om het recidivegevaar te verminderen en dan wel uiteindelijke mogelijkheden tot resocialisatie.³ Constateert de gedragsdeskundige dat er sprake is van verminderde toerekenbaarheid of ontoerekeningsvatbaarheid dan zijn de doelen van het strafrecht tweeledig: de speciale preventie door middel van behandeling van de persoon binnen een justitieel kader en de beveiliging van de maatschappij.

Forensische zorg omvat alle geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, gedragskundige/milieutherapeutische behandeling op strafrechtelijke titel. De forensische zorg is een gebied waar zorg en justitie elkaar treffen. Het doel van de forensische zorg is de behandeling van de delict pleger, recidive tegen te gaan middels zijn resocialisatie en de maatschappij te beschermen. Forensische zorg kan in vrijwillig kader worden aangenomen⁴ en in een gedwongen kader worden opgelegd.⁵ Vaak wordt de forensische zorg gekoppeld aan reclasseringstoezicht en -begeleiding. Forensische zorg (ongeacht de opzet) dient alleen al vanuit het maatschappelijke beveiligingsaspect te bestaan. Lang of zwaar straffen van de verminderde toerekeningsvatbare of (on)toerekeningsvatbare persoon en de sleutel van de gevangenis als het ware 'weggooien', is vanuit strafrechtelijk oogpunt kortzichtig. Wanneer de persoon weer vrijkomen is veiligheid van de maatschappij daarmee niet gediend. Het resocialisatie-aspect van de dader is dan geheel afwezig. Daarnaast levert de (levens) lange opsluiting van psychiatrisch gestoorden bij gebrek aan een tbs-kliniek in potentie een schending van de in artikel 3 EVRM opgenomen verbod op foltering of onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.⁶ Een bijkomend probleem van het ontbreken of tekort schieten van de forensische zorg is dat de ketenpartners meer capaciteit aan de doelgroep kwijt zijn en dat zij soms bezig zijn met oneigenlijke taken met betrekking tot deze doelgroep dan wel daarvoor in het geheel niet geschikt zijn.⁷

³ Voor achtergrond informatie over het forensische gedragsonderzoek: C.M. (Corrie) van Esch, Gedragsdeskundige rapportages in strafzaken: een weerbarstige materie, Ars Aequi 01-11-2012, AA20120875. <http://www.recht.nl/nieuws/strafrecht/archief/16243/de-rol-van-forensische-deskundigen-in-het-strafrecht>.

⁴ Zoals forensische zorg als bijzondere voorwaarde gesteld in het voorwaardelijk sepot, de schorsing van de voorlopige hechtenis of voorwaardelijke gedeelte van een straf of als voorwaarde gesteld voor de voorlopige invrijheidsstelling van de veroordeelde.

⁵ Zoals tbs met dwangverpleging, wanneer die bepalingen inwerking treden in Sint Maarten.

⁶ Zie ook arrest Hoge Raad van 28 februari 2006, LJN AU9381.

⁷ Ter illustratie het volgende nieuwsbericht. NB. De Raad geeft geen oordeel over het genoemde incident. Het voorbeeld strekt tot het betrekken van politie bij een intern veiligheidsprobleem. <http://www.smn-news.com/letters/21007-family-reports-police-brutality-at-mental-health-foundation.html> en 'Police, MHF investigating brutality claims against Mental Health Patient.' The Daily Herald, d.d. 14 January 2016.

Naast forensische zorg is ook een goede resocialisatie, uitstroombeleid en een door- en nazorg traject na detentie of behandelingsfaciliteit noodzakelijk. De maatschappij moet daarbij een vangnet hebben voor de gestraften of behandelenden, opdat deze niet aan hun lot zijn overgelaten en er een wezenlijk risico op recidive aanwezig is. Doorbehandeling en overige nazorg in de vorm van toezicht op, begeleiding van de doelgroep dient gewaarborgd te zijn. Naast de facilitaire voorzieningen, is daarvoor tussen de organisaties in de keten onder meer een goede aansluiting/overgang, samenwerking en informatiedeling nodig.

3

Wettelijk en bestuurlijk kader

3.1 Wettelijk kader

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners

In de *United Nations Standard minimum rules for the Treatment of Prisoners* (SMR) zijn de universele principes verwerkt die gelden voor gedetineerden. De SMR bepalen onder meer dat personen wier mentale gezondheid onverenigbaar is met de detentie in een gevangenis, ingesloten dienen te worden in een instelling die speciaal op hen is ingericht. Indien zulke personen niettemin – bij wijze van uitzondering – in de gevangenis worden ingesloten, dan dienen er speciale regels te zijn die rekening houden met de status en de behoeften van deze personen.⁸ Ook bevat de SMR regels met betrekking tot de organisatie van gezondheidszorg binnen de gevangenis. De gezondheidszorg binnen de gevangenis moet in nauwe samenwerking met de reguliere gezondheidszorg van het land worden georganiseerd.⁹ En er moet een faciliteit of afdeling beschikbaar zijn voor de observatie en behandeling van gevangenen die leiden aan een geestelijke stoornis.¹⁰ Tot slot heeft de SMR regels gericht op de vrijlating van de gedetineerde. De gedetineerde moet bij zijn vrijlating gebruik kunnen maken van voorzieningen die hem ondersteunen bij zijn terugkeer in de maatschappij.¹¹

Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

Voor gedetineerden zijn vooral de artikelen 3, 5, 6 en 8 van het EVRM van belang. Artikel 3 EVRM verbiedt foltering en wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing van mensen. Artikel 5 geeft een ieder het recht op vrijheid behoudens een aantal uitzonderingen waaronder detentie van geesteszieken en verslaafden aan alcohol- en drugs. Artikel 6 behelst de waarborging van het recht op een eerlijk proces en artikel 8 het recht op respect voor zijn privéleven.

European Prison Rules

Volgens de aanbevelingen 12, 22, 33.3, 40 en 107.1 tot en met 107.5 van de European Prison Rules (EPR)¹² moeten voor alle gedetineerden speciale reïntegratieprogramma's beschikbaar zijn, waarbij extra zorg moet worden gestoken in langgestraften om hun geleidelijk overgang naar de vrije maatschappij waar te maken. Bij de reïntegratie moeten de afgestraften worden bijgestaan door reclasseringswerkers.

International Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke rechten (Bupo- verdrag)

Artikel 7 van het Bupo-verdrag verbiedt foltering en wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing van mensen. De tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf moet mede dienstbaar worden gemaakt aan de voorbereiding van de terugkeer van de gedetineerden in de maatschappij. Zo bepaalt artikel 10 van het Bupo-verdrag.

⁸ “82. (1) Persons who are found to be insane shall not be detained in prisons and arrangements shall be made to remove them to mental institutions as soon as possible. (2) Prisoners who suffer from other mental diseases or abnormalities shall be observed and treated in specialized institutions under medical management.” Zie ook EPR “12.1 Persons who are suffering from mental illness and whose state of mental health is incompatible with detention in a prison should be detained in an establishment specially designed for the purpose. 12.2 If such persons are nevertheless exceptionally held in prison there shall be special regulations that take account of their status and needs.”

⁹ “22. (1) at every institution there shall be available the services of at least one qualified medical officer who should have some knowledge of psychiatry. The medical services should be organized in close relationship to the general health administration of the community or nation. They shall include a psychiatric service for the diagnosis and, in proper cases, the treatment of states of mental abnormality.

¹⁰ “82 (2) Prisoners who suffer from other mental diseases or abnormalities shall be observed and treated in specialized institutions under medical management.”

¹¹ “83. It is desirable that steps should be taken, by arrangement with the appropriate agencies, to ensure if necessary the continuation of psychiatric treatment after release and the provision of social psychiatric after-care.”

¹² De EPR is een niet-bindende aanbeveling van het Comité van Ministers van Europa die de lidstaten moet helpen om de regels van het Europees Verdrag ter voorkoming van Foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing, van de Raad van Europa en artikel 3 EVRM niet te overtreden.

Staatsregeling

De Staatsregeling van Sint Maarten bepaalt onder meer dat het gevangenisstelsel dient te voorzien in een behoorlijke behandeling van gevangenen en dat het stelsel in de eerste plaats gericht dient te zijn op de heropvoeding en reclassering van de gevangenen.

Onderlinge regeling detentie capaciteit

Voor wat betreft de ten uitvoerlegging van straffen of maatregelen elders in het koninkrijk is de Onderlinge regeling betreffende de samenwerking tussen Curaçao, Sint Maarten en Nederland op het gebied van de onderlinge beschikbaarstelling van detentie capaciteit op medische gronden of in verband met dringende redenen van veiligheid van toepassing. Daarmee is detentie in een ander land binnen het Koninkrijk thans ook mogelijk wegens medische redenen waaronder ook ernstige gedragsstoornissen vallen.¹³ Verzoeken op grond van die onderlinge regeling verlopen via de PG/AG.

Landsregelingen

De Landsverordening beginselen gevangeniswezen van 1996 regelt de differentiatie voor gedetineerden die tijdelijk een regime met intensieve persoonlijke begeleiding behoeven en de ter beschikking gestelden. Volgens deze landsverordening is er een landsinrichting voor ter beschikking gestelden, waarin gedetineerden die op grond van de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van hun geestvermogens voor verblijf in een gevangenis of huis van bewaring ongeschikt zijn of wier observatie noodzakelijk is. Het voor ter beschikking gestelden aangewezen gesticht of de afdeling van dat gesticht is tevens bedoeld voor het onderzoek naar de geestvermogens van niet-veroordeelden.

De artikelen 17, 33 en 34 van de Landsverordening beginselen gevangeniswezen en artikel 13 van de Gevangenismaatregel bepalen dat de gedetineerden in de gelegenheid moeten worden gesteld gebruik te maken van de in het gesticht aanwezige mogelijkheden tot onderwijs, vorming en recreatie en het recht hebben om maatschappelijke hulpverlening te ontvangen.

Wetboek van Strafvordering

Het Wetboek van Strafvordering bepaalt op welke momenten en door wie de (gedrags)deskundige of de reclassering ingeschakeld kan worden om te rapporteren over de persoon van de verdachte.

Op basis van bepalingen van het Wetboek van Strafvordering kan aan in verzekering gestelden of voorlopig gehechten, met een schorsing van de titel van insluiting bij de invrijheidstelling, verplicht worden gesteld zich te laten begeleiden en mee te werken aan het toezicht van de reclassering.

Wetboek van Strafrecht

Het Wetboek van Strafrecht van Sint Maarten (WvSr) voorziet in vier maatregelen in een gedwongen kader ter afdoening van een strafzaak van volwassenen daders met een verslavingsproblematiek of gedragsstoornis. Deze maatregelen betreffen de plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis en de terbeschikkingstelling met dwangverpleging, of, onder voorwaarden die niet in werking zijn getreden en de strafrechtelijke onder curatele stelling en de strafrechtelijke opvang verslaafden (SOV) die wel in werking zijn getreden.

Voor wat betreft de resocialisatie, begeleiding en toezicht na detentie biedt het Wetboek van Strafrecht bijzondere voorwaarden voor de periode van de proeftijd die aan de verdachte of veroordeelde opgelegd kunnen worden door de rechter (schorsing voorlopige hechtenis, voorwaardelijke deel van een straf of maatregel) of het OM (voorwaardelijke sepot), maar ook door de minister van Justitie (in het kader van de voorwaardelijke invrijheidstelling).

¹³ Onderlinge regeling als bedoeld in artikel 38, van het Statuut voor de Koninkrijk der Nederlanden regelende de samenwerking tussen Nederland, Aruba, Curaçao en Sint Maarten op het gebied van de onderlinge beschikbaarstelling van detentiecapaciteit op medische gronden of in verband met dringende redenen van veiligheid, AB 2014,43 Deze regeling maakt melding van een regeling tot de permanente overdracht van gedetineerden die eveneens complementair is aan de onderlinge regeling beschikbaarstelling detentiecapaciteit.

De bijzondere voorwaarden bij een uitspraak gaan echter pas in indien deze door of vanwege het openbaar ministerie aan de veroordeelde in persoon zijn betekend. De betekening is niet nodig als de rechter bij zijn uitspraak heeft bevolen dat de gestelde voorwaarden en het uit te oefenen toezicht, dadelijk uitvoerbaar zijn.

Het WvSr bepaalt voorts dat bij landsbesluit, houdende algemene maatregelen, een reclasseringsinstelling wordt aangewezen en nadere voorschriften worden gegeven ten aanzien van het verlenen van hulp en steun aan veroordeelden, en het uitoefenen van toezicht op de naleving van bijzondere voorwaarden. In de memorie van toelichting (MvT) bij artikel 18 van het WvSr is opgenomen dat het Reclasseringsbesluit 1953 wordt bedoeld.

Reclasseringsbesluit 1953

Het Reclasseringsbesluit 1953 bepaalt dat er een Centraal College voor de Reclassering (CCvR), reclasseringsinstellingen en bijzondere reclasseringsambtenaren zijn. Daarnaast scheidt het de mogelijkheid voor de financiering van particuliere reclasseringsinstellingen waarvan de minister van Justitie de bereidverklaring heeft aanvaard. In de bereidverklaring kunnen de verplegingsinrichtingen waarover de instelling voor reclasseringsdoeleinden de beschikking heeft worden opgenomen. Tevens kan in de bereidverklaring de afbakening van de werkzaamheden tot een of meer bepaalde groepen van personen worden opgenomen. Daarnaast bevat het Reclasseringsbesluit ook de procedure voor de advisering inzake de voorwaardelijke invrijheidstelling. Deze procedure voor advisering is nu ook grotendeels neergelegd in het WvSr.

Aanwijzing inrichtingen

Ingevolge het WvSr dient de minister van Justitie voor zowel de strafrechtelijke onder curatele stelling van de verslaafde als voor de uitvoering van de maatregel van de ter beschikking stelling een inrichting aanwijzen. De MvT bij artikel 81 van het WvSr wijst op de mogelijkheid dat de executie van die maatregel elders in een in het Koninkrijk aangewezen inrichting ten uitvoer kan worden gelegd en dat wellicht een gezamenlijke Caribische forensisch-psychiatrische inrichting kan worden opgericht.

3.2 Geestelijke gezondheidszorg in Sint Maarten

Het ministerie van Volksgezondheid, Sociale zaken en Arbeid (VSA) geeft vergunningen af voor zorginstellingen, voor medicijnen en voor praktiserende psychiaters en psychologen. Verder is de minister van VSA verantwoordelijk voor vrijheidsontneming in het kader van de Krankzinnigenwet. Ook is het ministerie van VSA verantwoordelijk voor de aankomende Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-wetgeving en uitvoering daarvan. Tot slot heeft de Krankzinnigenwet een relatie met de gezondheidszorg (minister van VSA) en vrijheidsontneming (minister van Justitie).

Er is een verband tussen de geestelijke gezondheidszorg en de forensische (psychiatrische en verslavings-)zorg. De twee instanties waarmee justitie samenwerkt in het kader van de forensische zorg, de *Turning Point Foundation* en de *Mental Health Foundation*, zijn allebei door het ministerie van VSA aangewezen als inrichting voor de uitvoering van taken op het gebied van de verslavingszorg respectievelijk geestelijke gezondheidszorg. De *Turning Point Foundation* ontvangt subsidie van het ministerie van Justitie. In wederhoor maakt de SJIB de aantekening dat de subsidie alleen bestemd is voor cliënten met een Nederlandse nationaliteit. De MHF ontvangt sinds 1 mei 2015 geen subsidie van de overheid.^{14 15}

¹⁴ Zie artikel 387, tweede lid van het Burgerlijk wetboek 1 met betrekking tot de *Turning Point Foundation*.

¹⁵ Zie artikel 5 van de landsverordening tot regeling van het toezicht op krankzinnigen met betrekking tot de *Mental Health Foundation*.

4

Onderzoeksresultaten

4.1 Cijfers

Om een beeld te krijgen van het aantal personen of verdachten met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis (de doelgroep) en het contact met de organisaties in de keten, heeft de Raad cijfers getracht te verzamelen van het OM, de gevangenis, de Stichting Justitiële Inrichtingen Bovenwinden (SJIB), het Korps Politie Sint Maarten, de Mental Health Foundation (MHF) en de Turning Point Foundation (TPF).¹⁶

4.1.1 Cijfers MHF oktober 2015¹⁷

De MHF heeft in totaal 84 klanten met een strafrechtelijk verleden in haar bestand, welke te verdelen zijn in 4 categorieën:

1. 20 actieve klanten die wekelijkse behandeling krijgen en die opgesloten zijn in een politiecel, het HVB en de gevangenis.
2. 31 klanten die onder behandeling waren tijdens hun detentie maar die na hun ontslag uit het zicht van de MHF zijn verdwenen.
3. 30 klanten met een forensisch juridische achtergrond die zij dagelijks in een ambulante setting behandelen (dagbehandeling). Een paar komen niet meer opdagen.
4. 3 klanten uit Saba en St. Eustatius, waarvan 1 voor behandeling naar Nederland is doorverwezen.

Daarnaast zijn cijfers op de volgende taakgebieden relevant in het kader van dit onderzoek.

5. Er werden ruim 18 gedragsdeskundige rapporten¹⁸ door de MHF opgesteld op grond van verzoeken van het openbaar ministerie.

De Raad heeft ook cijfers omtrent het aantal crisisopvang op doorverwijzing van de politie opgevraagd, maar het bleek niet mogelijk om die aan te leveren.

4.1.2 TPF cijfers 2015

De Turning Point Foundation had in 2015 in totaal 12 cliënten in strafrechtelijke kader waarvan 5 in de *inpatient programm* en 7 in de *outpatient programm*. Bij 2 van de 5 cliënten in de *inpatient programm* is er naast de verslavingsprobleem sprake van een gedragsstoornis.

4.1.3 Politie cijfers 2015

Het korps geeft aan gemiddeld 11 à 12 personen met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis direct in beeld te hebben. Het aantal contactmomenten met hen is ongeveer tweemaal per week. Dit betekent dat de algemene divisie van de politie op jaarbasis ongeveer 100 contactmomenten met een individu uit de doelgroep heeft (1200 per totaal).

Daarnaast zijn de cijfers niet representatief voor het probleem omdat niet alle gevallen van strafbare feiten gepleegd door de doelgroep aan de politie worden gemeld (*dark number*).

4.1.4 Gevangenis cijfers 2015

Op het moment van de interviews meldt de gevangenis dat er 8 gevangenen met psychiatrische problemen zijn die behandeld worden door de MHF. In 2012 waren dat er 2. Er is derhalve sprake van een toename.

Het aantal delinquenten of recidivisten met een verslavingsprobleem is niet vastgesteld. De verpleegkundigen melden dat het drugsgebruik (zonder een verslaving) onder de gevangenispopulatie groot is. De gevangenisarts schat ook het aantal verslaafden op groot. Exacte cijfers zijn niet beschikbaar.

¹⁶ De Raad heeft geen cijfers ontvangen van het OM omtrent het aantal aangevraagde vroeghulp of voorlichtingsrapporten voor personen uit het doelgroep. Van de MHF heeft de Raad geen cijfers omtrent de crisisopvang gekregen.

¹⁷ De MHF maakt als aantekening bij de cijfers dat er een *darknumber* is ten aanzien van psychiatrische patiënten, inhoudende dat een deel onder de radar van de MHF en hulpverleningsdiensten blijft.

¹⁸ De MHF gaf een aantal van 35 rapporten tussen 2013-2015.

4.1.5 SJIB cijfers 2015

De SJIB heeft de volgende cijfers aangeleverd. In totaal zijn er 22 personen geregistreerd die behandeling dienden te krijgen van MHF. Voor de TPF is dat aantal 14. Van deze cliënten hebben 8 personen een verwijzing gekregen naar zowel MHF als TPF (dubbele diagnose/duaal-problematiek).

Het aantal aanvragen van het OM bij de SJIB voor voorlichtingsrapporten voor de doelgroep is 57 en voor vroeghulprapporten 26. Het aantal overige opgeleverde adviesrapporten aan het OM inzake de doelgroep is 17.

4.1.6 OM cijfers 2015

Ondanks een verzoek hiertoe bleek het voor het OM niet mogelijk om cijfers omtrent het aantal aanvragen voor psychiatrisch of psychologisch onderzoek in strafzaken, noch het aantal vroeghulp- en voorlichtingsrapportages voor de doelgroep te vergaren en aan te leveren.

4.2 De keten

De Raad heeft in het kader van het onderzoek gekeken naar instanties waarmee, en de momenten waarop (contactmomenten), een persoon uit de doelgroep te maken krijgt. Daarbij heeft de Raad de rol en de functie van de betreffende instantie meegewogen. Uit de interviews is gebleken dat de doelgroep in 2 categorieën kan worden ingedeeld. De eerste categorie betreft de personen met een verslavingsproblematiek of gedragsstoornissen die niet direct een strafbaar feit hebben gepleegd, maar in het kader van bescherming tegen zichzelf of bescherming van derden, dan wel de handhaving van de openbare orde in contact komen met justitie. Tevens behoren tot de eerste categorie die personen die geen strafbaar feit hebben gepleegd en uit eigen beweging onder behandeling staan van de MHF.

De tweede categorie heeft betrekking op delict plegers met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis. De contactmomenten binnen deze categorie kunnen worden opgedeeld in 2 fasen: de opsporings- en vervolgingsfase en de detentiefase oftewel de fase waarin de opgelegde straf- of maatregel ten einde loopt of is verlopen en de reclassering, sociale zaken en geestelijke gezondheidszorg bij elkaar moeten komen in het kader van toezicht, behandeling en begeleiding.

Schema

	Rol en functie/ Organisatie	Aanhouden/ Hulpverleners/ Detentie	Toetsen	Registreren	Signaleren	Initiëren	Regiseren	Verbinden/ Overdragen	Adviseren	Assessment/ Diagnose/ Behandeling	Voorzorg/ Doorzorg/ Nazorg
Categorie 1 Geen strafbaar Crisisopvang	Politie AD en CPO	X		X	X	X					
	Politiearts			X	X			X		X	
	Verpleegkundige gevangenis			X	X	X		X			
	Hulp ovj		X		X			X			
	Rechter (-Commissaris)		X			X					
	AG		X	X			X				
	Gevangenisdirecteur	X									
	MHF/TPF	X		X	X	X	X			X	X
Categorie 2 Fase 1 Strafbaar feit Opsporing en vervolgning afdoening zaak	Politie Ad en JD	X			X			X			
	Hulp ovj		X	X	X	X					
	OvJ/OM		X	X	X		X				
	Rechter (-Commissaris)		X			X					
	Advocaat				X						
	Politiearts/Gevangenisarts				X	X		X			
	Gevangenisdirecteur						X				
	Verpleegkundige gevangenis			X	X	X		X			
	Gevangenis maatschappelijk werkers			X	X	X		X	X		
	Gedragsdeskundigen/FOBA							X	X	X	
	SJIB reclasseringsambtenaar			X	X	X		X	X	X	
	MHF/TPF						X				
Categorie 2 Fase 2 Uitstroom Nazorg	minister van Justitie		X	X			X	X			
	Gevangenis maatschappelijk werkers			X	X	X		X	X		
	SJIB reclasseringsambtenaar			X	X	X		X	X		X
	CCvR								X		
	Gedragsdeskundigen									X	X
	Sociale Zaken (VSA)						X				X
	MHF/TPF						X			X	X
	OM			X							
Toerusting											

4.3 Toerusting in de keten

Voor een goede toerusting van de keten voor de uitvoering van taken rondom de doelgroep is het van belang dat de keten de beschikking heeft over een aantal basisvoorzieningen. Ook moet de keten voldoen aan een aantal randvoorwaarden. Aan de hand van de aspecten organisatorische inrichting, mankracht, middelen en het wettelijk kader bekijkt de Raad de basisvoorzieningen en randvoorwaarden.

4.3.1 Middelen/facilitaire voorzieningen

Het aspect middelen geeft inzicht in de (facilitaire) voorzieningen voor de organisaties in de keten en de personen waarop dit onderzoek zich richt.

In 2012 heeft het ministerie van VSA een *WHO-AIMS*¹⁹ voor Sint Maarten uitgevoerd. *WHO-AIMS* is een *baseline study* om in kaart te brengen welke actoren er in het veld van de gezondheidszorg actief zijn en welke taken deze verschillende actoren hebben en uitvoeren. Het *WHO-AIMS* rapport is opgevolgd met een *National Mental Health Plan 2014-2018*²⁰ waarin een strategisch plan en een visie is uitgewerkt voor hoe de geestelijke gezondheidszorg in Sint Maarten er in de toekomst uit moet gaan zien. Daarmee kan gebouwd worden aan de randvoorwaarden en een fundament gelegd worden voor de geestelijke gezondheidszorg in Sint Maarten, aldus het ministerie van VSA. De volgende stap is het ontwikkelen van wetgeving en beleid om het plan uit te kunnen voeren. Daarvoor is politiek draagvlak en samenwerking van verschillende ministers nodig (VSA, Justitie, VROMI en Financiën).

De Raad constateert dat de forensische zorg niet is opgenomen in het *National Mental Health Plan*. Verder blijkt uit het *National Mental Health Plan*, dat er geen psychiatrische inrichting in Sint Maarten komt. Desgevraagd stelt het ministerie van VSA dat er tegenwoordig een nieuwe aanpak van psychiatrische patiënten bestaat. De aanpak is vanuit de gedachte dat alle geestelijke stoornissen, mits vroeg aangepakt, met ambulante op de gemeenschap gebaseerde geestelijke gezondheidszorg te behandelen zijn. Dit in tegenstelling tot de meer traditionele aanpak van opsluiting in een psychiatrische inrichting 30 à 40 jaar geleden, zo vertelt de respondent. Voor de delict plegers met gedragsstoornissen (psychopaten, anti socialen en andere ernstige gedragsgestoorden) die een gevaar opleveren voor zichzelf of voor anderen en die daarom vast moeten (blijven) zitten zal het land/Justitie wel voorzieningen moeten treffen voor een psychiatrische observatiekliniek (FOBA) en een hoog beveiligde *special ward* (PAAZ), aldus het ministerie van VSA. De MHF kan volgens het ministerie van VSA nog niet in deze behoefte voorzien. In wederhoor stelt de MHF dat met de nieuwe aanpak van ambulante zorg waarschijnlijk aan de FACT-benadering wordt gerefereerd. FACT staat voor: *flexible assertive community treatment* en heeft na invoering als gevolg dat crises beter voorkomen of eerder kunnen worden gesignaleerd waardoor opnames kunnen worden beperkt.²¹ De MHF verwacht in 2016 FACT geheel te hebben ingevoerd in Sint Maarten.

Ten tijde van het onderzoek waren geen tbs-klinieken in het Caribische deel van het Koninkrijk voorhanden.²² Dit in tegenstelling tot verslavingszorg klinieken waarvan meerdere bestaan in het Caribische deel van het Koninkrijk.

In paragraaf 3.2 werd reeds het verband tussen gezondheidszorg en forensische zorg aangegeven en de instanties die op Sint Maarten daarin actief zijn.

De Turning Point Foundation is aangewezen voor de behandeling van verslaafden op justitiële titel. De TPF ontvangt subsidie van respectievelijk de ministeries van VSA en Justitie. Er is geen kader vastgesteld voor de subsidie. Wel is er een afspraak dat de TPF iedereen dient te behandelen, die op justitiële titel verwezen is. Aan de behandeling door TPF zijn geen specifieke eisen gesteld door het ministerie van VSA noch Justitie. De invulling van het behandelingskader wordt aan de TPF gelaten.

¹⁹ http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/st_maarten_who_aims_report.pdf

²⁰ <http://www.sintmaartengov.org/Policy%20and%20Reports/Final%20Country%20St%20Maarten%20Mental%20Health%20Plan%20with%20Plan%20of%20Action%20120814.pdf>

²¹ Overigens maakt het KPSM melding van de FACT op Bonaire waardoor mensen met psychische of verslavingsproblemen weinig tot geen crisis opnames kennen. De volgende artikelen geven een idee van hoe de ambulante zorg in Bonaire is geregeld.
<http://www.svpcn.com/nl/nieuws/303-bonaire-fact-met-de-implementatie-van-resource-groepen> en
<http://www.svpcn.com/nl/nieuws/328-innovatie-is-ver-te-zoeken-een-artikel-van-psygiater-audrey-van-schaik>

²² <http://caribischnetwerk.ntr.nl/2014/03/10/tbs-maatregel-louter-wet-op-papier/> en
<http://caribischnetwerk.ntr.nl/2014/02/05/tbs-wet-opgenomen-in-wetboek-aruba/>

De Mental Health Foundation is alleen aangewezen voor behandeling op civiele titel (crisisopvang) en is tevens impliciet erkend als zorginstelling of ziekenhuisvoorziening.²³ De aanwijzing van de MHF als crisisopvang is verlengd tot en met 31 december 2016. De MHF ontvangt vanaf 1 mei 2015 geen subsidie van de overheid.

Forensische Observatie en Behandeling

Sint Maarten heeft geen forensische observatie en behandeling detentieafdeling (FOBA). In zeer ernstige gevallen wordt de forensische observatie gedaan in de FOBA afdeling van de gevangenis te Curaçao.²⁴ Voor de overige zaken wordt afhankelijk van het geval een rapportage aangevraagd. Er is geen centraal aanvraagpunt waar alle aanvragen van justitie samenkomen. Voorts is het deze categorie van personen van belang dat de forensische zorg de beschikking heeft over een neuropsycholoog.

Terbeschikkingstelling (tbs)

De bepalingen uit het nieuwe Wetboek van Strafrecht met betrekking tot de tbs zijn in Sint Maarten nog niet in werking getreden. Het ontbreekt in Sint Maarten aan een gesloten en adequaat beveiligde (tbs) faciliteit met programma's gericht op begeleiding en behandeling van psychiatrisch gestoorde veroordeelden. De afdoeningsmogelijkheden zijn beperkt tot detentie in de Pointe Blanche gevangenis of een (deels) voorwaardelijke straf met de bijzondere voorwaarde om mee te werken aan een behandeling door de MHF. De faciliteiten van de MHF zijn niet ingericht op alle forensische cliënten. Voor wat betreft de crisisopvang beschikt de MHF over slechts één isolatiekamer. Deze kamer wordt veelal gebruikt voor crises gevallen al dan niet onder Krankzinnigen-regieme. In de praktijk is gebleken dat een isolatiekamer onvoldoende is.²⁵ Terwijl de noodzaak voor tbs-voorzieningen voor de strafrechtsketen overduidelijk lijkt, heeft de Raad ook kennis genomen van tegengestelde opinies in de forensische zorgwereld.²⁶ Dit is ook gedeeltelijk de lijn die het ministerie van VSA volgt, zij het dat het de noodzaak van een kliniek voor *psychopaten* niet uitsluit. Alle overige forensische geestelijke gezondheidszorg zou ambulante/*community based* behandeld moeten kunnen worden, aldus een geïnterviewde van het ministerie van VSA. De MHF wijst erop dat naast psychopaten er ook andere forensische cliënten zijn die niet geschikt zijn voor ambulante zorg en waarvoor voorzieningen moeten worden getroffen.

De strafrechtketen wordt door het ontbreken van een FOBA en tbs faciliteiten ernstig gehinderd bij de uitvoering van hun taak. Bij het OM geniet het dan ook de voorkeur om op korte termijn en op projectbasis te beginnen met de aanwijzing van een deel van een medische inrichting tot HvB c.q. gevangenis en daarmee 2-3 plaatsen te creëren waar verdachten met ernstige gedragsstoornissen kunnen worden ondergebracht.

Gevangenis

Voor wat betreft de detentie is er voor de doelgroep een aparte (stille en *prikkelarme*) omgeving met extra zorg- en beveiligingsvoorzieningen nodig. De inspectie van de Raad wijst uit dat een dergelijke vorm van detentie op dit moment in Sint Maarten ontbreekt. Tevens mist de gevangenis een bijzondere zorg afdeling binnen de gevangenis waarbij wel de verslaafden en gedragsgestoorden op dezelfde afdeling maar gescheiden worden gehouden en behandeld.

Ten tijde van het onderzoek worden in de politiecellen, het HvB en de gevangenis in totaal 20 delictplegers door de MHF behandeld.

Op het moment is geen ruimte voor een observatie afdeling bij de gevangenis. Gezien de omvang van de gevangenispopulatie zegt de gevangenisarts dat er behoefte is aan een forensische observatie- en begeleidingsafdeling met 2 tot 4 plaatsen. De schatting van de MHF ligt hoger en bedraagt 20 plaatsen.

²³ De MHF heeft stappen ondernomen om aangewezen te worden als bijzondere ziekenhuis.

²⁴ Ter illustratie: <http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:OGHACMB:2012:BX7989>

²⁵ Ten tijde van het onderzoek werden de cellen van het HvB gebruikt als 'back-up'. De MHF onderzoekt met de TPF de mogelijkheid om de isolatiekamers van de TPF als back-up in te zetten.

²⁶ <http://caribischnetwerk.ntr.nl/2014/03/10/tbs-maatregel-louter-wet-op-papier>

Capaciteit

Uit eerdere onderzoeken van de Raad bij de justitiële instanties zoals de politie en de gevangenis is gebleken dat zij met zeer weinig capaciteit werken. Voorts blijkt uit eerder onderzoek van de Raad naar de Beveiliging van en veiligheid in de detentie inrichtingen Sint Maarten dat de detentie inrichting kampt met onvoldoende beschikbare bewaarders in verhouding tot de gevangenispopulatie.

Het aantal verpleegkundigen is conform formatie. De gevangenis stelt dat het aantal verpleegkundigen volstaat. Het verpleegkundig personeel van de gevangenis is voldoende gekwalificeerd. Een van hen heeft ervaring in een psychiatrische inrichting. *De gevangenis* heeft 3 fte (fulltime equivalent) geformeerd voor maatschappelijk werk, waarvan er 2 zijn ingevuld. De werkruimte van de verpleegkundigen in de gevangenis is volgens hen ongeschikt om hun werk uit te kunnen voeren.

De capaciteit voor het opstellen van gedragsdeskundige rapportages is in Sint Maarten beperkt. Er zijn 3 psychiaters voor volwassenen in Sint Maarten, waarvan een verbonden is aan zowel het algemeen ziekenhuis van Sint Maarten als aan de TPF en de anderen verbonden zijn aan de MHF. Er is een klein aantal klinische psychologen op het eiland. De MHF beschikt ten tijde van het onderzoek over 2 psychologen.

Expertise & ervaring

Hoewel er geen forensische specialisatie in Sint Maarten is, hebben de zelfstandige gedragsdeskundigen en de MHF wel forensische ervaring in huis. Daarnaast is er de mogelijkheid om een beroep te doen op het, overigens beperkte, aanbod aan expertise in een ander land van het koninkrijk. Te denken valt aan de FOBA-faciliteiten van de gevangenis van Curaçao.

Vanuit het gedragsdeskundige veld wordt op basis van nieuwsberichten over strafzaken geconstateerd dat het soms voorkomt dat psychologen bepaalde diagnoses stellen die aan psychiaters zijn voorbehouden. Men vraagt zich af waarom de officier van justitie of de rechter niet (alsnog) een rapportage van een psychiater verzoeken. De Raad heeft via persberichten kennis genomen van een zaak waarin de advocaat van de verdachte haar teleurstelling uitspreekt over aanwijzingen in het gedragsdeskundige rapportage dat het is opgesteld aan de hand van één gesprek met de verdachte. In de zaak werd de conclusie van de gedragsdeskundige dat de verdachte volledig toerekeningsvatbaar is niet gevolgd door de rechter op basis van de eigen observatie tijdens de zitting.²⁷

Aanvragen van rapportages

Bij het aanvragen van gedragsdeskundige rapportages maakt het OM de aantekening dat het strafrechtelijk gezien ontbreekt aan een strafrechtelijk instrumentarium voor de afdoening en behandeling van zaken van verdachten of daders met een gedragsstoornis, hetgeen door werkt in de hele lijn. Met een rapport is er een diagnose en een advies. Vervolgens rijst de vraag wat er in de uitvoering mogelijk is. Als uit het rapport blijkt dat er geen of deels sprake is van toerekenbaar handelen dan is de vraag wat met de dader te doen. In Sint Maarten ontbreken gerichte uitvoeringsmogelijkheden. Het gebrek aan uitvoeringsmogelijkheden en het feit dat de rapporten ten koste van het budget van het OM gaat, leidt er volgens het OM toe dat het wel of niet aanvragen van een rapportage ook een kostenafweging wordt.

Bij het ontbreken van een centrale organisatie voor aanvragen en van een FOBA in Sint Maarten worden de rapportages bij verschillende psychiaters, maar veel vaker bij psychologen uitgezet. Sinds eind 2011 ontvangt de MHF de verzoeken voor psychiatrische rapportages in strafzaken. Voordien werden die rapporten aangevraagd bij een psychiater bij de FOBA van de gevangenis op Curaçao en een zelfstandige klinische psycholoog op Sint Maarten. Uit de uitspraken en vonnissen in zeer ernstige en geruchtmakende strafzaken in Sint Maarten maakt de Raad op dat ook na 10 oktober 2010, in dat soort strafzaken gebruik is gemaakt van de FOBA faciliteiten te Curaçao. Het OM geeft aan dat het aantal aangevraagde Pro Justitia rapporten (alleen; *red. RvRH*) door middel van de betalingen van de facturen is te achterhalen. Er is geen overzicht van het aantal zaken waarin en welk soort gedragsdeskundig rapport is aangevraagd.

De MHF geeft aan alleen af en toe Pro Justitia rapporten op te stellen omdat het een zeer kostbaar en tijdrovend proces is: de benodigde tijd om een persoon te observeren teneinde een rapport op te kunnen stellen, staat

²⁷ "Troubled man convicted of Bluepoint phone theft." The Daily Herald d.d. 12 maart 2015.

volgens respondenten niet in verhouding tot de erg lage vergoedingen (verre van kostendekkend) in de huidige structuur. De animo bij (lokale) psychiaters en psychologen om deze rapporten op te stellen is daarom laag, aldus de MHF. In wederhoor stelt de MHF dat onderhandeling zijn gestart met het ministerie van Justitie om de tarieven aan te passen tot een aanvaardbaar niveau.

Gevolgen

Het gevangeniswezen van Sint Maarten heeft niet de benodigde voorzieningen om de gedetineerden uit de doelgroep te detineren conform de nationale en internationale geldende regels. De strafrechtsketen ziet zich voor een grote uitdaging geplaatst en helaas zijn de gevolgen voor de maatschappij en de psychiatrisch gestoorde. Het gevangeniswezen heeft dringend behoefte aan een forensische observatie afdeling. Door het ontbreken van een FOBA of risicotaxaties in Sint Maarten, vinden die taxaties niet plaats bij een vermoeden van geestesstoornissen. Zou er wel een risicotaxatie plaatsvinden, dan zou er bij binnenkomst in de gevangenis al meer zicht zijn op de mensen met een gedragsstoornis. Met een uitbreiding van daartoe geschikte celcapaciteit kan een beter plaatsingsbeleid worden gevoerd, waardoor incidenten verminderd zouden kunnen worden en wordt de nu al zeer beperkte personele capaciteit van de gevangenis ontlast. Een risicotaxatie zou volgens de MHF in ieder geval mee moeten wegen bij de vaststelling van de bijzondere voorwaarden bij de voorwaardelijke invrijheidstelling.

De praktijk in Sint Maarten is dat de kwetsbaren (gedetineerden met psychiatrische problemen) worden gehuisvest in de ziekenboeg van de gevangenis (+/- 6 bedden). Daar wordt soms ook een gewelddadige gedetineerde ingesloten die 'geïsoleerd' moet worden van de rest. In de interviews volgt dat dit een ongewenste situatie is. Het komt ook voor dat gedetineerden met verslavingsproblematiek of een gedragsstoornis samen met de rest van de gevangenispopulatie worden geplaatst. Ook hier komt het nut en de noodzaak van voldoende middelen naar voren. Zolang deze er niet zijn, verkeert de gevangenis in een kwetsbare situatie en kan het bovendien niet voldoen aan het wettelijk vereiste van persoonsgerichte detentie van personen. De gevangenisdirecteur wijst er op dat de huidige onmogelijkheden ten aanzien van detentie van de doelgroep veel extra werk opleveren.

“Vanwege de beperkte voorzieningen in Sint Maarten kan bij de strafoplegging voor ernstige feiten gepleegd door verdachten met psychische problemen slechts teruggevallen worden op de toepassing van (soms zeer langdurige) gevangenisstraffen.”²⁸ In Sint Maartense zaken heeft de rechter meerdere malen de bezorgdheid uitgesproken over het feit dat in strafzaken geen TBR maatregel kan worden opgelegd.²⁹ De veroordeelde krijgt niet de noodzakelijke behandeling waardoor de kans dat hij na zijn vrijlating uit de gevangenis in een betere geestelijke gezondheidstoestand verkeert, nihil is.

²⁸ Een greep uit de Sint Maartense strafzaken.

Op 16 oktober 2013 wordt een geesteszieke verdachte veroordeeld tot 15 jaar gevangenisstraf voor de moord op een baby. De eis van het OM was 20 jaar en tbr met dwangbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. De verdachte is gediagnostiseerd als 'delusional paranoid and schizohrenic'. Interessant in deze zaak is dat bij de behandeling van de zaak op 26 september 2013 de officier van Justitie de verdachte omschrijft als een wandelende tijdbom en erop wees dat de verdachte nooit hulp had gezocht voor zijn geestelijke gezondheidsproblemen en dat hij tijdens zijn voorlopige hechtenis geweigerd had om mee te werken aan zijn behandeling en zijn medicatie in te nemen. En de OvJ gaf verder aan dat de stoornis van de verdachte de toepassing van buitenproportioneel gebruik van geweld door de verdachte in de zaak verklaarde. "Man gets 15 years for atrocious baby murder." The Daily Herald 16 October, 2013.

Op 17 september 2014 wordt een geesteszieke verdachte veroordeeld voor de poging tot doodslag en mishandeling van een negen jaar oud kind. Het Gerecht overweegt in de zaak dat de wetsbepalingen die gedwongen behandeling in een gesloten inrichting mogelijk maken nog niet van kracht zijn. "Attacker of young girl gets party-suspended sentence", The Daily Herald, September 18, 2014 en "Court hears girls attacker 'paranoid schizophrenic'" The Daily Herald 28 Augustus 2014.

²⁹ Idem noot 16.

Ook een zaak uit 1979 illustreert de gevolgen van de afwezigheid van tbs-voorzieningen. Het gaat om de meeste bekende en zeer schrijnend geval van de gevolgen van het ontbreken van tbs in het Caribisch deel van het Koninkrijk.³⁰

4.3.2 Financiering

Er is geen structuur voor hoe de keten met de doelgroep omgaat. Een beleidskader voor opvang, behandeling en nazorg aan delict plegers met een verslavingsproblematiek of gedragsstoornissen ontbreekt. Een gebrek aan budget is bepalend hoe de strafrechtsketen hierin functioneert. De financiering van de zorg is gebonden aan de plaats waar de persoon zich bevindt. De MHF draagt de kosten van de crisisopvang en behandeling van de personen die in verband met een crisissituatie zijn ingesloten in de daartoe aangewezen politiecellen en onverzekerd zijn. Voorheen werden dergelijke gevallen gerekend onder de subsidie van de overheid. Die subsidie is zoals reeds aangegeven stopgezet. Cliënten in het HvB gaan van het budget van de gevangenis. Voor het overige werkt de MHF met een systeem van facturering per klant per consult. Ook de politiearts en de gevangenisarts werken op factuurbasis.

Voor niet-gedetineerden werkt de MHF op basis van een zorgverzekering. Voor de doelgroep van dit onderzoek is de zorgverzekering meestal de sociale ziekten kosten verzekering (SZV) voornamelijk voor de AVBZ.³¹ In samenwerking tussen de MHF en het ministerie van VSA, kan ook een onverzekerde de nodige zorg krijgen, aldus het ministerie van VSA. Volgens de SJIB blijkt er in de praktijk een groep te zijn waarvoor de geestelijke gezondheidszorg niet te organiseren is. Als de cliënt uit de doelgroep de Nederlandse nationaliteit niet heeft, dan is het niet mogelijk om een verzekering te regelen. De SJIB krijgt bijval van de MHF. De MHF stelt dat bij de doorbehandeling van cliënten die na vrijlating niet (meer) verzekerd zijn voor ziektekosten belemmerd wordt.

4.3.3 Samenwerking

Interlandelijk

Het ministerie van VSA wijst erop dat de samenwerking met andere eilanden onontbeerlijk is. Te denken valt volgens het ministerie aan een samenwerking tussen St. Maarten, Saba en St. Eustatius om zodoende een omvattende specialistische inzet voor de bevolking mogelijk te maken.

Interdepartementaal

Om de opvang, behandeling en nazorg in Sint Maarten goed te kunnen organiseren is het nodig dat kaders en een beleid voor de doelgroep worden ontwikkeld. Momenteel zijn die er niet. Het gevangeniswezen en de forensische psychiatrie hebben geen prioriteit.

Uitvoerend niveau

De gevangenisarts merkt op dat de samenwerking tussen de MHF en gevangenis heeft gezorgd voor een geformaliseerde toegang tot zorg. De samenwerking heeft tevens een positief effect gehad op de zorg en continuïteit daarvan aan de gevangenispopulatie.

Tussen de MHF en het algemeen ziekenhuis van Sint Maarten is geen samenwerkingsovereenkomst voor forensische psychiatrie. Wanneer een gedetineerde een fysieke aandoening heeft dan kan de gevangenis arts hem doorverwijzen naar het ziekenhuis. Als de persoon daarnaast nog een psychische aandoening heeft wordt hij daarvoor voor de tijd dat hij in het ziekenhuis verblijft behandeld door de 'on-call' psychiater en het team van het ziekenhuis. Vanuit de patiënt gezien is dat een minder wenselijk manier van handelen.

³⁰ <http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:OGHACMB:2012:BX8350>

Het Hof heeft bij de oplegging van de straf onder meer overwogen dat: "Hoe betreurenswaardig ook – feit is dat in de Nederlandse Antillen de mogelijkheid ontbreekt van terbeschikkingstelling van de regering met de daaraan verbonden mogelijkheid van plaatsing in een psychopatenasiel, welke in deze de meest geïndiceerde maatregel zou zijn geweest dat plaatsing in een psychopatenasiel in Nederland in het verleden in soortgelijke gevallen in de praktijk – naar het Hof ambtshalve bekend is – niet realiseerbaar bleek, en in deze zodanige maatregel door de psychiater gelet op de beperkte intelligentie en onvoldoende taalvaardigheid van beklaagde trouwens onmogelijk wordt geacht."

³¹ AVBZ is een volksverzekering en dekt de zorg voor langdurige zieken en gehandicapten waarvan de kosten in onze huidige maatschappelijke situatie niet verzekerd zijn. Psychiatrisch zieken en verstandelijke beperkten komen in aanmerking voor de AVBZ.

Er is bij personen uit de doelgroep geregeld sprake van duale problematiek, dat wil zeggen: een verslavingsprobleem en psychisch probleem op het zelfde moment. Onvoldoende samenwerking is schadelijk voor de aanpak en leidt bovendien tot inefficiëntie. De SJIB meldt problemen te ondervinden met de reclasseringsklanten met duaal problematiek. De TPF wil dat de persoon eerst door MHF wordt behandeld totdat hij stabiel is en daarna de behandeling bij TPF start. In wederhoor wijst de MHF op een recentelijk ondertekende *memorandum of understanding* tussen de TPF en de MHF waarmee de eerste stap is gezet naar een meer intensieve samenwerking op het terrein van gezamenlijk cliëntenzorg.³² De geestelijke gezondheidszorg is nog niet geïntegreerd in het justitiële gedeelte waardoor de MHF in het voorwaardelijk invrijheidstellingstraject meestal niet om advies wordt gevraagd. De samenwerking tussen de reclasseringsinstelling en de MHF is niet structureel van aard. Voorts bestaat er bij de MHF onzekerheid over of op grond van de privacywetgeving informatie gedeeld mag worden met de reclasseringsinstelling. De medewerking die de SJIB van de MHF voor de uitvoering van haar reclasseringstaken krijgt, is daardoor wisselend en in bepaalde gevallen is miscommunicatie ontstaan of is de communicatie uitgebleven.

Op initiatief van de MHF zal in 2016 een forensische psychiatrisch platform plaatsvinden. Het OM en de MHF proberen samen te werken in de aanpak van psychiatrisch gestoorden en te kijken of alle betrokkenen het eens kunnen worden dat er iets moet gebeuren vanuit strafrechtelijk optiek. Er wordt derhalve geprobeerd om iets aan de ‘achterkant’ van het probleem gedaan te krijgen.

Volgens de MHF zou een overkoepelende raad die de uitvoerende reclasseringsinstelling bijstaat moeten worden opgericht. Die raad moet het toezicht coördineren zodat de geestelijke gezondheidszorg kant geïntegreerd wordt meegewogen in hoe het toezicht en begeleiding na de voorwaardelijke invrijheidstelling vorm wordt gegeven. Deze raad moet wel bevoegdheden hebben om cliënten weer terug te roepen/in detentie te krijgen, aldus de MHF. De MHF geeft aan dat er sprake zou moeten zijn van forensische ketenzorg en *casemanagement*. Geopperd is dat (naar Amerikaans/Canadees voorbeeld) een forensische *community casemanager* wordt aangesteld. Deze *casemanager* monitort de voortgang van een cliënt van A tot Z en ‘reist’ als het ware met de cliënt door de keten mee. Hij werkt daartoe nauw samen met ketenpartners. Daarmee wordt monitoring bij de ketenpartner en bij de overgang naar de volgende ketenpartner geborgd.³³

4.3.4 Regie

De regie voor het inrichten van een strafrechtketen (inclusief het gevangeniswezen en nazorg) voor de doelgroep en het opzetten van een beleidskader voor de keten dient bij het ministerie van Justitie te liggen. Het ministerie van Justitie heeft de Raad meegedeeld dat er geen beleid is ten aanzien van verslaafden en gedragsgestoorden in de strafrechtketen. Justitie meldt dat het wel heeft bewerkstelligd dat de MHF een voorlopige vergunning van het ministerie van VSA heeft kunnen krijgen voor het behandelen in het kader van crisisopvang. Aan de huidige vergunning zijn geen specifieke voorwaarden verbonden. Voorts meldt het ministerie van Justitie dat in het Justitieel Vierpartijen Overleg van 8 juni 2015 een samenwerkingsovereenkomst is getekend door de ministers inhoudende dat gedetineerden wegens een medische reden (ook TBS-ers) naar Nederland gestuurd kunnen worden. Het wettelijke kader is opgezet, maar dient nog in werking te treden. Dit kan met een ‘simpel’ landsbesluit. De praktische invulling van de is opgedragen aan de Parketten van de Procureur-Generaal (PG), omdat het OM verantwoordelijk is voor de overdracht van gedetineerden tussen de landen in het Koninkrijk. Er moeten derhalve ook nog uitvoeringsafspraken gemaakt worden. Justitie laat het aan het OM over om aan te geven wanneer de bepalingen ten aanzien van TBS in werking kunnen treden en zal dit dan bewerkstelligen. Voor wat betreft de uitvoering van de wetgeving zal het OM derhalve een regierol (moeten) innemen. Zowel voor wat betreft de afspraken en uitvoering daarvan als het toezicht op de toepassing van de maatregel.

Het OM brengt geregeld onder de aandacht van de minister wat in de strafrechtketen aangepakt dient te worden. Het OM vraagt onder meer via het driehoeksoverleg en zogeheten *zorgnotities* aandacht voor de gebreken in het gevangeniswezen. Het OM geeft aan dat het geen zicht heeft op het interne regime van het HvB en de gevangenis.

³² “In general, St. Maarten has a challenge with financial and human resources and it is in our best interest to share them, said Minister De Weever. “In het persbericht van de overheid te vinden op: <http://www.sintmaartengov.org/PressReleases/Pages/Proper-planning-needed-for-Mental-Health-Foundation.aspx> staat: “One of the conditions set by the minister was that MHF and Turning Point would share facilities and human resources. There are times when psychiatric clients are diagnosed with a dual diagnosis due to or complicated by their substance abuse. Thereby making it obvious for the cooperation between the two institutions. The condition for their cooperation was stipulated in their permit.”

³³ Caribisch Nederland kent de justitiële casemanager. Zie <http://www.svpcn.com/nl/zorgaanbod/forensische-zorg>.

De verantwoordelijkheid ligt bij de gevangenis directeur, die op zijn beurt onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie opereert. Wel neemt een medewerker van het parket deel in de commissie van toezicht, waardoor het OM wel een idee heeft van wat er in de gevangenis speelt. Ook benadrukt het OM hier geen verantwoordelijkheid noch bevoegdheden te hebben voor het gevangeniswezen. Het OM is belast met de tenuitvoerlegging van vonnissen en bevelen, maar is niet verantwoordelijk voor hoe die ten uitvoerlegging verder wordt ingevuld door de aangewezen instantie.

4.3.5 Organisatorische inrichting, werkwijze en procedures

Bij de organisatorische inrichting bekijkt de Raad de werkwijzen en -procedures van de organisaties in de strafrechtsketen, en wie op welke wijze betrokken is bij de opvang, behandeling van en nazorg aan de verslaafde of psychiatrisch gestoorde.

Vooraf merkt de Raad op dat in het onderzoek naar voren kwam dat de huidige werkwijzen en procedures bepaald worden onder invloed van een gebrek aan voorzieningen. Dat werkt door in de gehele keten.

De Raad constateert dat er een min of meer vaste kern aan instanties is waarmee de doelgroep in aanraking komt: politie, MHF en/of TPF, SJIB, OM en gevangenis. Alle instanties hebben intern vaste werkwijzen en procedures voor de omgang. Het onderzoek maakt duidelijk dat er bij de instanties geen specifieke werkwijzen en procedures gericht op de doelgroep zijn vastgelegd. Dat wil zeggen dat de “normale” werkwijzen en procedures van de organisaties worden gevolgd en *ad hoc* wordt gekeken of er nog aanvullende (strafrechtelijke gerelateerde) handelingen dienen te geschieden. Per instantie verschilt in hoeverre de “normale” werkwijze is vastgesteld.

4.3.5.1 Categorie 1: Non delinquenten met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis

Het eerste contactmoment van personen uit deze categorie van de doelgroep met de keten is meestal met de politie. Wanneer een persoon de openbare orde of veiligheid verstoort, zorgt voor overlast of een (mogelijk) gevaar is voor zichzelf of anderen dan wel andermans goederen, is de politie bevoegd tot ingrijpen.

De politie houdt de persoon aan en neemt deze mee naar het politiebureau. Bij de MHF wordt geverifieerd of de persoon (reeds) bekend is. Dat is vaak het geval. Meestal is de persoon niet meer op afspraak bij de MHF verschenen en uit het zicht van de MHF geraakt. De persoon wordt in de crisisopvang cel op het politiebureau vastgezet. De persoon krijgt behandeling van de MHF en wordt weer vrijgelaten uit de crisisopvang wanneer de behandeling aanslaat.

Het kan ook zijn dat personen die reeds in behandeling zijn bij de MHF niet te handhaven zijn in de isolatiecel van de MHF. Ook dan wordt de politie ingeschakeld om de persoon in de daartoe aangewezen crisisopvang cel op het politiebureau in te sluiten. Voor de insluiting in deze gevallen zijn er door de politie (in ieder geval de hulp-ovj), gevangenisdirecteur (verantwoordelijk voor de arrestantenzorg), de MHF en de rechter-commissaris afspraken gemaakt. Afgesproken is dat deze mensen tijdelijk (in principe voor maximaal 3 dagen) naar een cel op het politiebureau kunnen worden overgebracht om hun te kunnen *stabiliseren*. De politiearts wordt in dit geval niet ingeschakeld, omdat het patiënten van de MHF betreft. De verantwoordelijkheid voor deze mensen die in de cel worden gehouden, ligt bij de MHF. Dat geldt voor zowel verslaafden (in crisisopvang meestal dual geïndiceerd als gedragsgestoorden. De MHF komt naar het politiebureau met medicatie en dient die toe. De noodzaak voor deze ‘oplossing’ is er, omdat er geen andere plek voor opvang is op Sint Maarten. Na de stabilisatie worden de patiënten weer vrijgelaten en zouden ze zich (eigenlijk) moeten melden bij de MHF.

De MHF maakt altijd een melding van de datum van insluiting en datum van invrijheidstelling van de crisisopvang gevallen aan de Advocaat-Generaal. Hij vervult de toezichthoudende rol.

Werkwijze politie organisatie

De politieorganisatie heeft intern een verdeling in de *algemene* divisie, die verantwoordelijk is voor de hulpverlening, de handhaving van de openbare orde en de eerste opsporingshandelingen, en de *justitiële* divisie, die verantwoordelijk is voor de verdere opsporing en afronding van strafzaken. Daarnaast heeft het korps de Community Police Officers (CPO's) die niet voorkomen in het 'oude' functiehuis. In het 'nieuwe' nog vast te stellen functiehuis van het korps zullen de CPO's samen met de huidige onderdelen van de algemene divisie vallen onder de nog niet bestaande afdeling ondersteunende diensten. Van het korps hebben de algemene divisie en de

CPO's het meest met de doelgroep te maken. Ook de hulp-officieren van justitie zien personen uit de doelgroep. Voor het aantal contactmomenten van de algemene divisie met de doelgroep wordt verwezen naar paragraaf 4.1.

In het mutatiesysteem van de algemene divisie kan aangevinkt worden dat er een doorverwijzing naar MHF of TPF heeft plaatsgevonden. De politie wijst erop dat de algemene divisie soms op een dag in een mutatie meerdere vervolgmutaties maakt ten aanzien van hetzelfde geval. Het kan zijn dat de politie een hele dag met zo'n geval bezig is geweest. De politie geeft aan dat de doelgroep erg arbeidsintensief is voor de algemene divisie van de politie. De respondenten van de politie schatten in dat overlast, overtredingen of kleine misdrijven door personen uit de doelgroep aan ondernemers of buurten niet worden gemeld bij de politie. De politie raakt pas op de hoogte van de vele overlast die een persoon uit de doelgroep heeft veroorzaakt wanneer die persoon een zwaarder misdrijf pleegt of zelf het slachtoffer wordt van een misdrijf. Volgens de politie komt het voor dat sommige verslaafden of personen met een gedragsstoornis 'gewoon' een supermarkt binnen stappen en spullen meenemen, zonder dat de supermarkt melding maakt van de diefstal. In de wijken weet iedereen wie de overlastgevendste personen met een geestelijke stoornis zijn. De CPO's hebben met sommigen daarvan contact. In kleinere kring blijft melding vaak achterwege. Als er iets gebeurt in de wijken dan wordt de persoon met een gedragsstoornis opgevangen en naar de MHF gebracht. De buurtbewoners willen dan geen aangifte doen van het feit dat de persoon bijvoorbeeld met een *machete* liep te zwaaien of vernielingen heeft gepleegd en zo voor een onveilige gevoel in de buurt heeft gezorgd. Er is derhalve een groep waar de politie niets van weet tot dat zij iets zeer ernstige doen.

De justitiële divisie (JD) van de politie heeft op incidentele basis te maken met verdachten met psychiatrische problematiek en/of verslavingsproblematiek. Het komt voor dat mensen die veelvuldig in contact zijn geweest met de algemene divisie uiteindelijk verdachten zijn in onderzoeken van de JD.

4.3.5.2 Categorie 2: Delinquenten met een verslavingsprobleem of gedragsstoornis

Voor deze categorie is het onderscheid gemaakt in 2 fasen. Fase 1 betreft de opsporings- en vervolgingsfase en fase 2 de detentie en (de aanloop naar de) nazorg fase.

Fase 1: de opsporings- en vervolgingsfase

De verdachte van een strafbaar feit wordt aangehouden en naar het politiebureau gebracht waar hij wordt ingesloten in een politiecel ter voorgeleiding aan de hulp officier van justitie. Als de politie signaleert dat er sprake kan zijn van een verslavingsproblematiek of een psychisch probleem dan schakelt de politie de politiearts in. Deze arts onderzoekt de verdachte en verwijst de verdachte indien nodig door naar een specialist. Voor de doelgroep is de specialist nagenoeg altijd de MHF. De MHF gaat dan naar het huis van bewaring. Tegelijkertijd wordt de afdeling gedetineerdzorg van de gevangenis ingeschakeld. De verantwoordelijkheid voor de alle zorg aan arrestanten is bij de gevangenisdirecteur belegd. De verpleegkundigen van de gevangenis doen de intake en leggen vervolgens het contact met de MHF en verifiëren of de verdachte bekend is bij de MHF. Tijdens de intake worden ook vragen gesteld over verslaving en psychiatrische problemen. Indien nodig vragen de verpleegkundigen het medisch dossier bij de ketenpartners (vaak huisarts of specialist) op. Een medische voorgeschiedenis achten de verpleegkundigen nodig als de betrokkenen in het verleden, voor detentie, medicijnen gebruikte. De MHF wijst op een overeenkomst met de gevangenis voor de overdracht van informatie.

Vervolgens doet de MHF een intake op het politiebureau, en spreekt vervolgens met de politie arts een behandelplan af. Het behandelplan omvat zowel de medicatie als de *counseling*.

Vanaf de inbewaringstelling en de overgang naar het HvB wordt de gevangenisarts ingeschakeld voor de medische zorg van de gedetineerde. Als een gedetineerde in de gevangenis aankomt, wordt zijn intake verzorgd door de afdeling gedetineerdzorg. Onder gedetineerdzorg valt onder meer de identificatie van de gedetineerde voor de gevangenis, de registratie titel van insluiting, de toedeling van cellen, goede registratie en opslag van de goederen van de gedetineerde die in bewaring zijn genomen. Daarna vindt overdracht plaats aan de verpleegkundigen van de gevangenis voor de medische intake. De medische intake is alleen voor de fysieke en geestelijke gezondheidsbehoefte van de gedetineerde. De verpleegkundigen stellen vast of behoefte bestaat aan medische dan wel psychiatrische hulp als ze dat niet al in op het politiebureau hebben vastgesteld. De verpleegkundige zet de gevangene indien gewenst op de lijst voor een consult met de gevangenisarts. De gevangenisarts verwijst

indien nodig door naar verschillende zorgverleners. Voor de doelgroep, ook verslaafden, is dat de *Mental Health Foundation*, die de gedetineerde bezoekt in de gevangenis.

De gevangenis heeft een samenwerkingsovereenkomst met de MHF. De MHF komt twee keer per week langs in de gevangenis en werkt met een lijst waarop de cliënten staan. De geformaliseerde toegang tot zorg heeft een positief effect gehad op de zorg en continuïteit daarvan in de gevangenis, aldus de gevangenisarts.

Er is geen samenwerkingsovereenkomst tussen de MHF en het Sint Maarten Medical Center (het ziekenhuis). Wanneer een gedetineerde voor medische redenen naar het ziekenhuis moet, verwijst de gevangenisarts daarnaar door. Aldaar verzorgen de gedragsdeskundigen van het ziekenhuis de patiënt. De gevangenisarts zorgt ook voor de nodige informatieverdracht.

Werkwijze MHF

De intake en diagnose door de MHF geschiedt eerst door een *casemanager*, gevolgd door een intake door een psychiater. De psychiater bepaalt de behandeling. De casemanager bewaakt de voortgang van de behandeling.

De diagnose van de MHF is gericht op een op maat gesneden zorgplan met specifieke zorgdoelen voor de cliënt. Meerdere specialisten van de MHF kunnen met dezelfde cliënt werken. De werkwijze van de MHF ten aanzien van de gedetineerde forensische psychiatrische klanten in de gevangenis verschilt niet met die van de overige klanten van de MHF.

Werkwijze SJIB

De SJIB meldt dat naar aanleiding van het rapport over de reclassering van volwassenen van de Raad de afspraak met het OM is gemaakt in welke zaken het OM voor vroeghulp rapporten van de SJIB wenselijk acht en aanvraagt. Die zaken betreffen voor zover hier relevant de zaken van verdachten met een verslavingsproblematiek en de zaken met een verdachte met gedragsstoornissen. Er is een vaste formulier voor de aanvraag dat naar de SJIB wordt gefaxt of gemaild.

Voor de vroeghulprapportage heeft de SJIB een gesprek met de cliënt en observeert deze. Veelal kent de SJIB deze persoon al uit het verleden. Het gesprek van de SJIB met de cliënt heeft als doel om erachter te komen of de cliënt in staat is en bereid is om mee te werken aan zijn behandeling. Aspecten die daarbij worden bekeken zijn onder andere of de cliënt in het verleden al behandeling heeft gehad, de behoefte van de cliënt aan toezicht en begeleiding, en het bestaan van een netwerk waar de cliënt op kan terugvallen. De SJIB gaat de cliënt niet begeleiden met betrekking tot de verslavingsproblematiek of ernstige gedragsstoornis, maar voert de normale reclasseringstaken uit. De SJIB verzoekt de MHF (gedragsstoornis) of de TPF (verslaving) om assistentie bij de zorg.

Wat betreft de behandeling van personen met een duale problematiek zit de SJIB in het midden. Het is voor de SJIB bijvoorbeeld onduidelijk waar de cliënt thuis hoort als hij primair een drugsverslaving heeft maar 'toevallig' net een psychose heeft. Dat moet tussen de TPF en de MHF worden afgestemd. Zoals eerder vermeld is die afstemming recentelijk door het afsluiten van een MOU afgerond.

De SJIB geeft aan dat voor verdachten met een verslavingsprobleem de afspraak tussen het OM, de SJIB en de TPF bestaat dat alle verzoeken aan de TPF via de SJIB verlopen. De TPF rapporteert aan de SJIB die op haar beurt weer aan het OM rapporteert. Dit komt niet alleen ten gunste van de samenwerking en informatiedeling tussen de TPF, de SJIB en het OM, maar ook ten gunste van de behandeling, begeleiding en toezicht van de verdachte.

Fase 2: detentie en (de aanloop naar de) nazorg fase

Werkwijze organisaties in fase 2

Ongeveer 3 maanden voor de voorwaardelijke invrijheidstelling wordt het adviestraject voor de beslissing van de minister van Justitie ingezet. Ten behoeve van het advies van de gevangenisdirecteur wordt alle interne informatie van de gevangenis verzameld. De Raad stelt vast dat de werkwijze van de gevangenis, de SJIB en het CCvR in adviestraject conform de werkwijze als uitgewerkt in het Reclasseringsbesluit 1953 plaatsvindt. De Raad merkt op dat in het adviestraject als opgenomen in het Reclasseringsbesluit 1953 geen risicotaxatie of advies van de behandelende forensische zorgverlener is opgenomen.

Voor de voorwaardelijke invrijheidstelling vormen de huisvesting, het inkomen en een goede dagbesteding zelfs de basisvereisten. De maatschappelijk werkers van de gevangenis spannen zich in om huisvesting, inkomen, identiteitskaart en medische verzekering te regelen voor na de vrijlating van de gevangene. Volgens ketenpartners komt het voor dat voor personen uit de doelgroep geen medische verzekering of identiteitskaart geregeld is wanneer zij in vrijheid worden gesteld.

De gevangenis stelt dat bij vrijlating de maatschappelijk werker een e-mail ter notificatie stuurt naar de MHF, de SJIB en het OM. Dat is volgens de gevangenis al een jaar de standaard procedure. Daarentegen stelt de MHF dat zij niet op de hoogte worden gesteld van de invrijheidstelling van hun tot dan toe gedetineerde patiënt. Ook niet per mail.

Een deel komt niet in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling vanwege misdragingen tijdens de detentie. Bij gebrek aan een wettelijk kader voor toezicht, begeleiding of behandeling, is het aan de persoon zelf om hulp en behandeling te vragen (zie ook paragraaf 4.6).

Geestelijke gezondheidszorg na detentie

Het behandelplan dat tijdens detentie door de MHF is opgesteld moet na de vrijlating worden vervolgd in een ambulante setting. Andere opties dan behandeling in een ambulante setting zijn er niet in Sint Maarten. Voor een deel van de ex-gedetineerden gaat de behandeling in ambulante setting goed. Echter voor een groot deel geldt dit niet. De MHF geeft aan zich daarover grote zorgen te maken (zie cijfers in paragraaf 4.1). De MHF vindt het een manco dat de continuïteit van zorg na vrijlating niet geïntegreerd is in het adviestraject bij vrijlating van een persoon.

Als voorbeeld schetst de MHF de volgende realistische casus:

Een persoon uit de doelgroep pleegt een klein delict en krijgt in de afdoening als bijzondere voorwaarde behandeling bij TPF opgelegd en wordt ontslagen uit detentie. Vervolgens pleegt betrokkene een zwaarder delict, krijgt in het HvB behandeling van de MHF. Betrokkene wordt vervolgens uit detentie ontslagen met de bijzondere voorwaarde van toezicht door de SJIB, zonder dat er een risicotaxatie door een gedragsdeskundige voor wat betreft de geestelijke gezondheidsaspect heeft plaatsgevonden. Betrokkene pleegt vervolgens een gewelddadig strafbaar feit en komt weer in het HvB of de gevangenis terecht.

Voor de verslaafden geldt dat er sprake is van gecentraliseerde toegang via de SJIB voor behandeling bij TPF.

4.4 Opvang in de keten

4.4.1 Registratie bij instanties in de keten

Registratie specifiek op de doelgroep is er niet bij justitiële ketenpartners, met uitzondering van de SJIB ten aanzien van verslaafden. De MHF en TPF registeren wel. Ten tijde van het onderzoek werkt geen enkele organisatie met hetzelfde systeem of heeft toegang daartoe. De gevangenis en de SJIB hebben in het geheel (nog) geen informatie systeem. Deze laatste zullen wel worden aangesloten op het Justitieel Informatie Systeem (JIS).³⁴ In het onderzoek is niet gebleken dat speciale voorzieningen voor de doelgroep in het JIS zijn getroffen. Met de komst van het JIS zullen in ieder geval twee partners in de keten, namelijk de SJIB en de gevangenis, een zelfde systeem hebben waardoor de registratie en informatiedeling uniform zou kunnen plaatsvinden. Het gebrek aan registratie heeft nadelen voor het functioneren van de keten. Informatie is versnipperd. Evenmin is de aard en omvang van de problematiek inzichtelijk te maken.

4.4.2 Overdracht van informatie en informatiedeling

De verpleegkundigen van de gevangenis geven aan dat er nauwer samengewerkt wordt met de MHF dan met de TPF.

Over de overdracht van informatie merkt de MHF op dat er recent 3 gevallen zijn geweest van psychiatrische patiënten die een misdrijf hebben gepleegd en niet bekend waren bij de MHF. Mogelijk zouden deze wel bekend zijn bij een CPO of de surveillance dienst van de politie. Het is volgens de MHF van belang dat die informatie bij de MHF terecht komt zodat een behandeling in gang kan worden gezet waardoor misschien voorkomen had kunnen worden dat de persoon een strafbaar feit zou plegen. De informatiedeling zou in dat opzicht beter kunnen. Als alle signalen van een gedragsstoornissen of verslaving die door de algemene divisie van de politie en de CPO's worden waargenomen aangemeld zouden worden bij de MHF dan zou behandeling eerder kunnen worden gestart. Daardoor kan wellicht bij een deel van de groep voorkomen worden dat hun toestand verergerd en dat zij een misdrijf plegen. De MHF vindt dat op termijn een forensisch cliëntenvolgsysteem voor de keten moet worden ingevoerd, waardoor instanties op basis van dezelfde gegevens werken.

De SJIB geeft aan dat op het gebied van informatiedeling door de MHF nog winst te behalen valt en dat dit van positieve invloed zou kunnen zijn op de uitvoering van de reclasseringstaak.

Zowel de SJIB (voor reclasseringstoezicht) als de politie (voor crisis gevallen) zijn van mening dat de informatiedeling beter zal gaan wanneer een protocol gesloten wordt tussen justitie en de MHF. In een protocol moet in ieder geval geregeld worden wanneer, wat voor en hoe informatie gedeeld moet worden.

Het ministerie van VSA meent dat er een justitieel *referral system* moet komen tussen de bestaande organisaties, waar ook de reclassering in is opgenomen opdat een persoon wordt verwezen naar de juiste instantie.

4.4.3 Signaleringsfunctie bij de instanties in de keten

Politie

De politie meldt dat psychologie een apart vak is van het curriculum van de oude politie opleiding en dat het handelen met personen uit de doelgroep deels bij praktisch politie optreden geoefend werd. Dat de personen uit de doelgroep signaleerd worden door de politieagenten blijkt uit het aantal mutaties in het systeem.

Gevangenis

De verpleegkundigen van de gevangenis maken de selectie voor een consult met de gevangenisarts. Zowel de gevangenisarts als de MHF vinden dat de verpleegkundigen van de gevangenis de benodigde expertise hebben om gedragsstoornissen en verslavingsproblemen te kunnen signaleren. De verpleegkundigen zien de gevangenen elke ochtend. Als de gevangene er volgens de verpleegkundigen niet goed uitziet dan wordt hij 'binnen gehaald' voor een gesprek. Naast de verpleegkundigen, vervullen ook de bewaarders en mede-celgenoten een signaleringsfunctie. Zij lichten ook de verpleegkundigen in indien het niet goed gaat met een gevangene of bij afwijkend gedrag. In hoeverre de bewaarders in staat zijn gedragsstoornissen en verslavingsproblematiek te signaleren heeft de Raad niet kunnen vaststellen.

³⁴ Zie rapport Raad voor de Rechtshandhaving 2015 'Uitwisseling van politieke en justitiële gegevens binnen het Koninkrijk.

De MHF en de gevangenisarts geven aan dat er in de gevangenispopulatie vaak sprake is van ongeregistreerde en onbehandelde gedragsstoornissen. De meeste daders van de zeer ernstige misdrijven hebben mogelijk wel een gedragsstoornis. En velen zijn gebruikers van alcohol en drugs waarbij de afhankelijkheid en de frequentie van gebruik een aanwijzing zijn voor verslaving. Maar concrete cijfers ontbreken. In de praktijk zouden alleen die gevangenen behandeld worden die door hun stoornissen een groot veiligheidsrisico opleveren en daardoor in beeld komen (bijvoorbeeld bij uiterst agressief gedrag dat zich uit in vechtpartijen of depressief gedrag). Veel potentiële patiënten blijven derhalve onder de radar.

Het OM stelt dat alleen verdachten of daders waar het ook voor *een leek duidelijk is* dat er iets aan de hand is thans worden gesignaleerd en aangepakt. Met verslaafden met dwangneuroses en personen die stelselmatig strafbare feiten plegen en daders met zeer ernstige psychiatrische problemen wordt vanuit behandelperspectief niets gedaan.

Ook de politie meldt dat er geen adequate hulp is voor stelselmatige daders met een verslavingsproblematiek en dat de recidive hoog ligt onder deze groep.

In het onderzoek van de Raad naar de volwassenreclassering stelde de MHF dat zij een screeningsformulier heeft opgesteld en aangeleverd aan de gevangenen om gedragsstoornissen te kunnen herkennen, maar niet is gebleken dat de verpleegkundigen die formulier gebruiken en dat nog veel niet wordt gesignaleerd. De gevangenisarts meldt dat het wel vaker voorkomt dat pas in een later stadium (nadat iemand bijvoorbeeld al een jaar vast heeft gezeten) sprake blijkt van een gedragsstoornis. Bij de gevangenis wordt ontkend dat gedragsstoornissen of verslaving onopgemerkt blijven.

SJIB

De SJIB meldde dat de organisatie (slechts) één medewerker met ervaring in de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft en dat er ook nieuwe reclasseringsmedewerkers zijn. Daarom heeft de SJIB de MHF benaderd om een workshop te verzorgen over onder andere het observeren, signaleren en identificeren van gedragsstoornissen bij cliënten.

OM

Het OM signaleert bij de voorgeleiding van de verdachte aan de officier van justitie, maar ook aan de hand van de aard van en wijze waarop een strafbare feit is begaan. Ook ontvangt het OM verzoeken via de advocaat, die signaleert dat zijn cliënt een verslavingsprobleem of gedragsstoornis heeft.

Tot slot heeft ook de rechter een signaleringsfunctie, en kan bij een vermoeden van een gedragsstoornis ambtshalve een onderzoek bevelen.

Zowel de officier van justitie als de rechter kunnen Pro Justitia rapporten aanvragen. In Sint Maarten wordt een rapport in de meeste gevallen op verzoek via het OM aangevraagd. De verzoeken van de advocaten gaan direct via het OM of komen via de rechter bij het OM terecht. Het OM draagt de kosten van de Pro Justitia rapporten.

4.5 Behandeling

Door het ontbreken van een structuur, middelen en faciliteiten constateert de Raad op basis van de inspectie dat het op het moment niet zinvol is om onderzoek te verrichten naar de diversiteit van en kwaliteitssystemen van behandelprogramma's.

Verbetering van de behandeling en bejegening van de cliënten kan ook worden bewerkstelligd door een systeem van klachtenbehandeling. De MHF is aangesloten bij de *Inter Island Complaints Committee*, waar de patiënten hun klachten over de zorgverlening door MHF kunnen neerleggen.³⁵

³⁵ <http://www.dutchcaribbeanlegalportal.com/news/latest-news/4455-interisland-complaints-committee-established-accepting-complaints>

Andere praktische knelpunten bij behandeling

De gevangenisarts merkt op dat in zijn ervaring in Sint Maarten de meeste mensen met een verslaving of gedragsstoornis niet behandeld willen worden en dat ook geldt voor dat deel dat is gedetineerd. Een deel zou behandeling weigeren van hun verslaving vanwege de religieuze achtergrond van de TPF. Het ministerie van VSA wijst in haar *National Health Plan* op het stigma in de maatschappij verbonden aan geestelijke gezondheid problemen. Ook de politie, de MHF en de TPF bemerken stigmatisering van deze doelgroep. Vanwege het negatieve brandmerk dat erop rust, worden de problemen door direct betrokkenen niet onderkend, waardoor bijvoorbeeld ook geen hulp door de familie wordt gezocht en diagnosestelling achterwege blijft.

De gevangenisarts merkt op dat de kans op genezing gering is voor forensisch psychiatrische patiënten. De zorg is erop gericht om de ziekte beheersbaar te maken. Je ziet dan ook veel recidivisten in deze doelgroep. Er wordt getracht om deze mensen rustig te houden door middel van medicijnen. Echter de geneesmiddelen zorgen ervoor dat de patiënten zich duf en onwel voelen, met als gevolg dat zij stoppen met de medicatie. Ooit is er een plan opgesteld om preventief de recidivisten met een verslaving of psychiatrische aandoening na de vrijlating periodiek op te zoeken en gedwongen te behandelen. Dat is echter niet verder opgepakt.

4.6 Nazorg

De Raad heeft bij nazorg gekeken naar de activiteiten die worden ontplooid ter resocialisatie en integratie in de maatschappij. Tevens heeft de Raad gekeken of er sprake is van toezicht, monitoring en overdracht, oftewel het volgen van de betrokkene nadat hij de gevangenis verlaat.

Het nazorg traject moet nog door de ketenpartners worden opgepakt. Er is echter geen beleid daarvoor bepaald. De bestuurlijke en politieke belangstelling voor het gevangeniswezen, de reclassering in het algemeen en de doelgroep in het bijzonder, wordt door de ketenpartners als uiterst gering ervaren.

Bij de uitstroom uit de gevangenis wordt geen onderscheid gemaakt tussen gedetineerden. In de geest van de wet moet de reïntegratie van de gevangene ruim voor de invrijheidstelling, dus al in de gevangenis aanvangen. Daarbij behoort een persoonsgericht reïntegratieplan en dienen de noodzakelijke middelen en voorzieningen voor educatie en gedragsverandering beschikbaar te zijn. Het detentieregime in Sint Maarten is echter uitsluitend gericht op insluiting. Andere knelpunten naast het gebrek van resocialisatie en re-integratie activiteiten in de gevangenis ten aanzien van de doelgroep vormen de gebrekkige samenwerking en informatiedeling tussen zorg en justitiële entiteiten (zoals de gevangenis en de SJIB) en de financiering van doorbehandeling aan de niet verzekerde (ex) gedetineerde. Wat de financiering betreft wijst de SJIB in wederhoor op bestaande afspraak tussen de SJIB, de gevangenis en de MHF dat de gevangenis uiterlijk drie maanden voor de invrijheidstelling de ziektekostenverzekering regelt. De beslissing van het ministerie van VSA op een aanvraag voor ziektekostenverzekering kan namelijk maanden in beslag nemen. Tegelijkertijd meldt de SJIB dat de gevangenis aan de SJIB rapporteert dat gedetineerden uit de doelgroep niet meewerken bij het invullen van de aanvraag voor ziektekostenverzekering waardoor de gevangenis de aanvraag niet kan afronden en indienen.³⁶

Nagenoeg alle geïnterviewden wijzen op het gemis aan een integraal beleidskader waarin het toezicht, begeleiding en de doorbehandeling van de verslaafde of psychiatrische gestoorde is opgenomen. Ook mist de praktijk de mogelijkheid om de (ex-)gedetineerde uit de doelgroep gedwongen te kunnen behandelen en te kunnen blijven volgen en begeleiden.

³⁶ Zowel de SJIB als de MHF wijzen op de omslachtigheid van de huidige procedure bij het ministerie van VSA voor een medische kaart, waarbij voor de gedetineerde onder andere belastingaangiftes en bewijs van geen inkomsten moet worden ingediend. Na vrijlating werkt de cliënt vaak niet mee om zijn ziektekosten verzekering geregeld te krijgen omdat hij medicatie en behandeling ontbeert en moeilijk te begeleiden is, aldus de SJIB. De (ex-) gedetineerde krijgt dan pas als er een crisis ontstaat en een bezoek van MHF. Zowel de SJIB als de MHF zijn mening toegedaan dat voor de doelgroep een aparte procedure moet komen die recht doet aan sluitende zorg voor de doelgroep. Daarvoor is de medewerking en coördinatie van het ministerie van VSA en justitie nodig.

De wet geeft wel mogelijkheden tot het stellen van voorwaarden bij de schorsing voorlopige hechtenis, vervroegde invrijheidstelling, voorwaardelijke straf of maatregel en een sepot. Het OM is belast met het toezicht op de naleving van de voorwaarden, in de praktijk met de inzet van de reclassering. Ook hierbij kan sprake zijn van praktische knelpunten. Een bijzondere voorwaarde impliceert de medewerking van de verdachte of veroordeelde. Ondanks dat het strafrechtelijk is opgelegd heeft de bijzondere voorwaarde een vrijwillig karakter. Als de verdachte of veroordeelde ervan afziet om zich aan de bijzondere voorwaarden te houden dan zit er niets anders op dan deze weer in te sluiten, alsnog zijn zaak te vervolgen, de schorsing van de voorlopige hechtenis in te trekken of de voorwaardelijke straf om te zetten in een onvoorwaardelijke. Respondenten geven aan dat veel personen uit de doelgroep zich niet willen laten behandelen en er voor kiezen hun straf geheel uit te zitten. In de praktijk staat men dan met lege handen. En vervolgens is *het wachten op recidive*.

De medewerkers bij de MHF merken op dat het hen zeer verontrust dat een groot deel van de delictsplegers met gedragsstoornissen uit het zicht (van de MHF) verdwijnt. De MHF heeft 84 personen met een justitieel verleden in haar bestand, waarvan 31 definitief niet meer in zicht zijn (37%). Daarnaast meldt de MHF dat een paar van de klanten met een forensisch achtergrond die zij dagelijks in een ambulante setting behandelen (dagbehandeling), niet meer komt opdagen en dat een deel van de personen uit de doelgroep nog niet bij de MHF geregistreerd is.

In het eerdere rapport van de Raad naar de reclassering van volwassenen in Sint Maarten bevond de Raad dat er geen sprake is van reclasseringsprogramma's en projecten met het oog op de voorbereiding van de gedetineerde op zijn terugkeer in de maatschappij. De Raad concludeerde dat het zaak is dat dergelijke programma's en projecten worden ontwikkeld.

5

Analyse en conclusie

5.1 Inleiding

De bevindingen van het onderzoek tonen aan dat de personen uit de doelgroep een vele malen grotere impact hebben op de rechtshandhaving, dan een *gemiddeld* geval. In algemene zin is daarover op te merken dat betrouwbare en volledige cijfers ontbreken, maar er evengoed een reëel beeld is ontstaan over de doorwerking ervan in keten. De bevindingen rechtvaardigen ook de conclusie dat er niet genoeg aandacht is om de problematiek het hoofd te bieden. Dat geldt primair voor de bestuurlijke aandacht, dat zijn doorwerking vindt in de keten. Binnen de keten zelf, is ook sprake van tekortkomingen. Nagenoeg alle respondenten benoemen gelijksoortige knelpunten. In dit hoofdstuk volgt een analyse van de bevindingen.

5.2 Wettelijke en bestuurlijk kader

5.2.1 Wettelijk kader en uitvoering

De Raad constateert dat er in theorie wettelijke bepalingen zijn voor de opvang, behandeling tijdens detentie en beëindiging daarvan *onder voorwaarden*, en nazorg van personen uit de doelgroep. Uit de wetgeving volgt echter ook, dat beschikt dient te worden over (de toegang tot) een faciliteit of afdeling voor de observatie en behandeling (FOBA), een tbs-kliniek, een psychiatrisch ziekenhuis en een plaats voor de uitvoering van de maatregel van strafrechtelijke opvang van een verslaafde. Het blijkt dat de tbs-bepalingen uit het Wetboek van Strafrecht niet in werking zijn getreden. Uitvoeringsmaatregelen (of voorbereidingen daartoe) ontbreken. De uitvoeringsmaatregelen van wettelijke bepalingen die wel in werking zijn getreden, zijn (ook) uitgebleven. Het gaat om de plaatsing van delinquenten in een psychiatrische inrichting, de strafrechtelijke onder curatele stelling en strafrechtelijk opvang van verslaafden.

5.2.2 Beleid

Naast de onvolledige uitwerking ter uitvoering van het wettelijk kader, constateert de Raad de afwezigheid van enig beleid voor de doelgroep. Voor een complexe problematiek als de onderhavige, en van dermate serieuze omvang, ziet de Raad een beleidskader als een basis voor planning, uitvoering, afstemming en samenwerking. Aan een bestuurlijke visie ten aanzien van het onderwerp, ontbreekt het evenzeer. De Raad vindt dat zeer verontrustend.

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor het tot stand brengen van een visie en beleid op forensische zorg. Nu de forensische zorg ten dele ook onder andere beleidsterreinen valt, berust de verantwoordelijkheid voor de uitvoering binnen het (gehele) forensische zorgkader niet alleen in handen van Justitie. Afstemming en samenwerking dienen te worden gezocht met het ministerie van Volksgezondheid, Arbeid en Sociale zaken (ministerie van VSA) om de forensische zorg en de (reguliere) geestelijke gezondheids- en verslavingszorg op elkaar aan te laten sluiten.

Het ministerie van VSA heeft wel een *National Health Plan* opgesteld, waarin een visie is uitgewerkt voor de geestelijke gezondheidszorg in Sint Maarten. In dat plan is echter niets opgenomen over de forensische zorg.

Er is geen beleid voor subsidieverlening vanuit Justitie en deze heeft geen grip op de zorgverlening in strafrechtelijk kader. Er kan derhalve niet gestuurd worden op (efficiënt) gebruik van middelen.³⁷

³⁷ Zie ook: <http://www.todaysoxm.com/cft-warns-that-government-entities-have-to-follow-the-rules-massive-failure-to-file-annual-accounts/>.

De Raad ziet dat het gebrek aan beleid doorwerking vindt in de keten. Er is sprake van een afwezigheid van:

- financiering en middelen;
- structuur;
- facilitaire voorzieningen en expertise;
- interne en externe werkwijzen of procedures;
- regie en samenwerking;
- informatiedeling (-overdracht).

Nagenoeg iedereen in de keten onderschrijft het voorgaande als gemis. De Raad constateert dat het OM en de MHF het initiatief hebben genomen om, bij gebrek aan beleid, zelfstandig een structuur in kaart te brengen. De noodzaak van een dergelijk initiatief lijkt een gegeven. Los van de intenties van het OM en de MHF, ziet de Raad hierin de invulling van een bestuurlijke verantwoordelijkheid die tot op heden nog niet is opgepakt. Het lijkt daarom voor de hand te liggen dat er wordt gewerkt aan een gecoördineerde totstandkoming van een (overkoepelend) beleid, waarbij alle betrokken instanties een rol kunnen innemen bij de bestuurlijke beleidsadvisering: OM, KPSM, MHF, SJIB, detentie inrichting, CCvR en TPF. Ook ziet de Raad daarin een rol voor de rechterlijke macht weggelegd.

5.2.3 Financiering en middelen

Het gebrek aan beleidskader werkt ook door in de financiering. Er is sprake van een gebrek aan financiering. Daar waar middelen (wel) beschikbaar zijn, is sprake van een versplintering. In de praktijk betekent dit dat er geen centrale aansturing of financiering is: de ketenpartner waar betrokkene zich (op een bepaald moment) bevindt, zal voor de kosten van het onderzoek of behandeling (moeten) opdraaien. De Raad constateert daarmee dat er sprake is van subjectieve afwegingen, waarbij zelfs een kostenafweging de doorslag kan geven om een persoon al of niet te laten onderzoeken of behandelen. Bij de nazorg vormt de huidige financieringsstructuur van geestelijk gezondheidszorg een belemmering om doorzorg te kunnen bieden aan de doelgroep.

Daarnaast constateert de Raad dat Pro Justitia rapporten afhankelijk zijn van de bereidwilligheid van deskundigen, omdat de beschikbare vergoedingen daarvoor als (te) laag worden gezien in vergelijking tot de werk- en tijdsbelasting die geleverd wordt.

De Raad constateert met het voorgaande een aantal zorgelijke risico's voor de strafrechtspleging.

5.3 Keten

5.3.1 Organisatorische inrichting, werkwijze en procedures

Aan de hand van de onderzochte contactmomenten, constateert de Raad dat er min of meer een vaste kern aan instanties is, waarmee de doelgroep in aanraking komt. Daarin zit echter geen vaste volgorde. Bij de instanties zelf zijn geen specifieke werkwijzen of procedures vastgelegd, die specifiek zijn gericht op de doelgroep. In de praktijk betekent dit, dat de reguliere interne werkwijzen en procedures van de organisaties worden gevolgd. Per instantie verschilt in hoeverre de reguliere interne werkwijze is vastgesteld. *Ad hoc* wordt gekeken of er nog aanvullende (strafrechtelijke gerelateerde) externe handelingen dienen te geschieden.

De Raad komt niet verder dan het vaststellen van een onsamenhangend beeld. Er is geen duidelijkheid of structuur voor de inschakeling van of overdracht aan ketenpartners bij contactmomenten. De onduidelijkheid zorgt ervoor dat men zich binnen de organisaties terughoudend opstelt, daar waar samenwerking en deling van informatie essentieel is voor de juiste bejegening van de *cliënten*. Ook stelt men binnen de keten vast dat er waarschijnlijk stappen gemist worden. De Raad constateert tevens een gebrekkige registratie van gevallen. Ook rapportages worden administratief niet consequent bijgehouden.

De Raad constateert dat de keten zich, met de afwezigheid van een organisatorische inrichting alsmede de onzekerheid die over de huidige situatie heerst, blootstelt aan een wezenlijk risico binnen de rechtspleging.

De Raad constateert daarnaast dat de informatieoverdracht tussen de MHF en de gevangenis respectievelijk de reclassering voor verbetering vatbaar is. Gebreken in deze communicatie tussen een instelling van buiten met die van binnen de strafrechtsketen, beletten in bepaalde gevallen de behandeling van een ex-gedetineerde en het reclasseringstoezicht. Ook hier blijkt onduidelijkheid over structuur en bevoegdheden te zorgen voor terughoudendheid tot het delen van informatie. Het feit dat er ook geen (continue) zicht is op een persoon uit de doelgroep en die uit het zicht kan verdwijnen, is onrustbarend. De Raad ziet daarin niet alleen een risico voor de strafrechtspiegeling, maar tevens voor de maatschappelijke veiligheid.

Initiatieven uit het verleden om daarin verandering te brengen, hebben geen duidelijk resultaat opgeleverd.

5.3.2 Facilitaire voorzieningen

De Raad constateert dat de (facilitaire) voorzieningen, die nodig zijn om inhoud te kunnen geven aan de wettelijke bepalingen, nagenoeg allemaal ontbreken.

Binnen het gevangeniswezen is er sprake van diverse tekortkomingen die wettelijk zijn vereist. Het gaat hier om een afwezigheid van:

- programma's of behandelplannen met het oog op resocialisatie van gedetineerde;
 - een aparte afdeling waarin de doelgroep afgescheiden wordt vastgehouden van de overige gevangenispopulatie;
 - een FOBA;
 - een tbs kliniek;
 - een psychiatrisch ziekenhuis;
- alsmede,
- een mogelijkheid tot strafrechtelijke opvang van verslaafden.

Deze opsomming is reden tot grote zorg. Ondanks de geconstateerde manco's in de facilitaire voorzieningen, blijkt er evengoed geen structureel (maar slechts incidenteel en uitsluitend in geval van forensische observatie van extreme gevallen) gebruik gemaakt te worden van de mogelijkheid tot toegang tot faciliteiten in andere delen van het Koninkrijk.

Forensische deskundigheid ontbreekt door de gehele keten heen. Ondanks de ervaring van sommigen met de doelgroep, onderstreept de Raad de zorgpunten zoals die uit de keten zelf daarover naar voren werden gebracht.

In de nazorg stelt het gebrek aan voorzieningen de SJIB voor een onuitvoerbare taak. Er is geen sprake van een vangnet voor de hulpbehoevenden.

Ten slotte hebben alle ketenpartners beperkte capaciteit beschikbaar voor de intensieve bejegening die de doelgroep vergt.

5.4 Opvang, behandeling, nazorg

5.4.1 Opvang

Aan de hand van signalering, registratie en informatiedeling heeft de Raad onderzocht of de keten in staat is om personen uit de doelgroep op te vangen. Voor de bejegening moet men in staat zijn om te herkennen dat er iets met de delinquent aan de hand is. Vervolgens is het zaak dat de persoon de juiste zorg krijgt.

Binnen de keten zijn meerdere algemene signaleringsfuncties. Vrijwel elk instantie heeft een signaleringsfunctie, op enig niveau. Van het *blauw* op straat tot aan de gevangenisbewaarder. De Raad constateert dat er in de praktijk echter veel mis *kan* gaan en gaat. Doorverwijzing naar de juiste persoon of instantie is inherent aan een goede signalering. De Raad acht het aannemelijk dat veel gevallen niet gesignaleerd worden en derhalve *onder de radar* blijven. De oorzaken lijken veelal te liggen in de hiervoor omschreven tekortkoming in de organisatorische inrichting alsmede de toerusting binnen de keten. Tekortkomingen die weer (deels) voortvloeien uit een afwezigheid van een beleid(-skader).

Specifieke signaleringsfuncties voor onderzoek of besluitvorming, liggen bij de SJIB (vroeghulp- en voorlichtingsrapportages), minister van Justitie, Hof (voorwaardelijke invrijheidstelling) en het OM (Pro Justitia rapportage).

Deskundigheid, middelen, registratie en voorziening spelen in de signaleringsfase al een bepalende rol voor de verdere opvang en behandeling van een persoon. Gebreken in de signalering vormen derhalve een risico daarvoor. De Raad constateert daarmee dat de keten in Sint Maarten niet goed in staat is om personen uit de doelgroep op te vangen.

5.4.2 Behandeling

De bevindingen uit dit onderzoek leiden ertoe dat de Raad het niet zinvol achtte om te kijken naar de kwaliteit en diversiteit van behandelprogramma's. De Raad heeft de aspecten van behandeling derhalve op hoofdlijnen bekeken.

Uit de bevindingen trekt de Raad de conclusie dat de behandeling binnen het gevangeniswezen overwegend gericht is op het onder controle krijgen van disruptieve situaties. Van een werkelijke therapeutische behandelingen op maat, lijkt geen sprake. Voorts is er tijdens de detentie geen verslavingszorg geregeld.

Ondanks dat de gevangenis dat uitsluit acht de Raad het aannemelijk dat door capaciteitstekorten in de gevangeniswezen een groot deel van de veroordeelden met gedragsstoornissen of verslaving onbehandeld, althans zonder gerichte behandeling terugkeren in de maatschappij. Zij zitten derhalve *hun tijd uit*. Ontkrachtende of bevestigende cijfers kan de keten niet aanleveren.

Uit het onderzoek volgt voorts dat er met stelselmatige daders met een gedragsstoornis en/of verslaving, niets anders wordt (kan worden) gedaan dan opsluiten en weer vrijlaten. De Raad heeft in het kader van dit onderzoek daarbij niet kunnen vaststellen wat de oorzaak van de weigering voor behandelingen is.

De Raad stelt in algemene termen vast dat de keten niet in staat is om voldoende te voorzien in de behoefte aan behandeling.

5.4.3 Nazorg

De Raad heeft voor de beoordeling van de nazorg gekeken of er sprake is van toezicht en monitoring in het kader van doorbehandeling en/of de resocialisatie.

Geconstateerd wordt dat er geen nazorg traject voor de doelgroep is uitgestippeld. Bij de uitstroom uit de gevangenis wordt geen onderscheid gemaakt tussen gedetineerden met of zonder gedragsstoornis dan wel verslaving.

Vastgesteld dient daarom te worden dat bij het reïntegratietraject van de gevangene (dat reeds tijdens de detentie en ruim voor de invrijheidstelling moet aanvangen) niet wordt voldaan aan de wettelijke vereisten: een persoonsgericht reïntegratieplan en de noodzakelijke middelen en voorzieningen daarvoor dienen beschikbaar te zijn.

De gevolgen daarvan laten zich volgens de respondenten vertalen in een situatie waarbij de persoon snel uit het zicht verdwijnt en er een hoog risico op recidive is.

Sommigen benadrukten een gemis aan een gedwongen kader van toezicht en behandeling voor nazorgtrajecten, waarbij tevens een coördinatie van justitiële- en zorgtaken geregeld is. Feitelijk is de doelgroep aan hun eigen lot overgelaten. Nu het *zelfinitiatief* bij deze doelgroep veelal ontbreekt, zijn de verwachtingen voor een succesvolle nazorg niet hooggespannen.

De Raad stelt hiermee vast dat de keten niet in staat is om de vereiste nazorg te bieden. Los van het voldoen aan de wettelijke vereisten, is Sint Maarten nog ver verwijderd van een *wenselijk en menselijk* aanbod in de nazorg.

5.5 Gevolgen

Uit voorgaande constatering leidt de Raad een aantal algemeen geldende gevolgen af, waarvan het gezien de ernst ervan, aanvullende separate benoeming wenselijk acht. Het gaat om directe en indirecte gevolgen voor achtereenvolgens de betrokkene persoon uit de doelgroep, de keten als zodanig en ten slotte de maatschappij.

Persoon uit de doelgroep

Een (mogelijke) persoon uit de doelgroep is door de afwezigheid van een structuur, beleid en voorzieningen, voor de signalering onderworpen aan subjectieve beoordelingen. Nader onderzoek en rapportage worden vervolgens uitgevoerd door niet forensisch gekwalificeerde deskundigen.

De strafrechtelijke bejegening voldoet derhalve niet aan de normen die het strafrecht in de vervolging stelt.

Binnen de detentie wordt niet voldaan aan de persoonsgerichte aanpak van de persoon, noch de passende detentie omstandigheden, hetgeen een schending van mensenrechten oplevert.

Verdachten en veroordeelden bevinden zich daardoor structureel in een nadelige positie.

Keten

De keten ondervindt enerzijds een overbelasting van onderdelen die daarvoor niet zijn ingericht. Anderzijds wordt de keten geconfronteerd met problemen, waarvan zij verplicht is die te adresseren, maar daarvoor niet geëquipeerd is noch wordt.

Maatschappij

De kans op recidive is hoog. De cyclus herhaalt zich daarna: de persoon wordt niet correct bejegend, de keten nog verder belast, en de maatschappij is het derde slachtoffer.

Tot slot is het directe gevaar voor de maatschappij, dat een onbehandelde gevaarlijk persoon, terugkeert in de maatschappij zonder dat er enig zicht is op zijn ontwikkeling. De beveiliging van de maatschappij lijkt in het huidige systeem derhalve slechts tijdelijk – namelijk tijdens detentie – nagestreefd te kunnen worden.

5.6 Slotsom

De Raad concludeert de er voor de positie van personen met een gedragsstoornis of verslaving binnen het strafrecht, nog heel veel te winnen valt. De personen die het betreft, zorgen voor een omvangrijke problematiek. De omvang van het probleem en de gevolgen voor de personen, keten en maatschappij, nopen aanstonds tot het inzetten van veranderingen. Ondanks het gebrek aan capaciteit, facilitaire voorzieningen en financiële middelen, zijn er organisatorische (financieel neutrale) noodzaken die terstond kunnen worden aangepakt. Om te beginnen gaat het daarbij om coördinatie voor de totstandkoming van een beleid, inwerkingtreding van wetgeving, opstellen van uitvoeringsmaatregelen en ketenvorming- en afspraken. Daarnaast zijn er binnen Koninkrijksverband diverse mogelijkheden die in de benodigde – niet alleen zeer ernstige – gevallen uitkomst kunnen bieden. Daarbij valt te denken aan een beroep op externe expertise, en het bieden van de nodige forensische zorg (binnen of buiten Sint Maarten).

De Raad realiseert zich dat de overheid en keten meer aandachtspunten hebben. Evengoed acht de Raad, gezien de ernst van de situatie voor de rechtshandhaving, de beperkte ontwikkeling daarbinnen in de afgelopen 5 jaar en het gebrek aan zicht op verandering, voorgaande conclusies gerechtvaardigd.

Colofon

Raad voor de rechtshandhaving
Charles Vogesstreet 7 | Joeliva building Philipsburg | Sint Maarten
www.raadrechtshandhaving.com

Maart 2016 | 91625