



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Palliatieve zorg in justitiële inrichtingen

Utrecht, maart 2022

Inhoud

1	Inleiding 2
1.1	Over palliatieve zorg 2
1.2	Toezicht palliatieve zorg in detentie 3
2	Resultaten inspectieonderzoek 4
2.1	Toepasbaarheid kwaliteitskader palliatieve zorg in detentie 4
2.2	Mogelijkheden tot (tijdige) uitplaatsing 11
3	Conclusies 13

1 Inleiding

1.1 Over palliatieve zorg

Ieder jaar overlijden gedetineerden in een penitentiaire inrichting (PI) of forensisch psychiatrisch centrum (FPC) aan een ongeneeslijke ziekte. Over palliatieve zorg wordt momenteel veel geschreven, gepubliceerd en gesproken. In detentie is het een ingewikkeld onderwerp omdat iemand meestal bij voorkeur zijn laatste levensfase niet in gevangenschap doorbrengt. Toch gebeurt het – als iemand niet uitgeplaatst kan, mag of wil worden – dat palliatieve zorg in detentie verleend wordt.

Wat is palliatieve zorg?

Palliatieve zorg is – volgens de definitie van de WHO – zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden¹.

Ter illustratie

Sander de Hosson – longarts en specialist op het gebied van palliatieve zorg – schrijft over palliatieve zorg:

Palliatieve zorg is verlichting bieden, aandacht hebben voor de psychische en sociale problematiek van de patiënt, aandacht hebben voor de existentiële zorg en end of life-care bieden. Het is werk waarin kwaliteit van leven en kwaliteit van sterven centraal staan. En dit is niet alleen belangrijk voor de patiënt zelf, maar ook voor diens nabestaanden. Als iemand niet op een goede manier kan overlijden, blijven de nabestaanden daar last van hebben. Het gaat niet – alleen – om protocollen, het gaat om zórg, er zijn voor je patiënt. Compassie is naast de patiënt staan, invoelen wat die nodig heeft en mee denken hoe je iets voor hem kunt oplossen. De meeste mensen willen liefst thuis overlijden, maar in de praktijk gebeurt dit lang niet altijd.

Het gaat verder dan alleen de pijn verlichten en vragen hoe het met iemand gaat. Een stervend persoon heeft behoefte aan oprechte aandacht, aan iemand die het gevoel van alleen zijn weg neemt. Zorg dat je iets meer weet over het leven van die persoon. Wie was zijn favoriete kleinkind, waar hield hij van in het leven? Wat voor wensen heeft iemand nog? Laat iemand zich comfortabel en thuis voelen, waar diegene dan ook zijn laatste fase van zijn leven mag of moet doorbrengen. Kijk iets verder dan die eerste zorg die je verleent en verdiep je in de persoon die je voor je hebt.

Het kwaliteitskader palliatieve zorg

In 2017 verscheen het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. In dat kwaliteitskader staat beschreven wat patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars onder goede palliatieve zorg verstaan. Het gaat in op alle aspecten ervan. Doel van het kwaliteitskader is de palliatieve zorgverlening met het oog op de beleving van de patiënt en zijn naaste(n) te verbeteren.

¹ Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

Het ministerie van VWS heeft zich ten doel gesteld dat iedere burger vanaf 2020 verzekerd moet zijn van goede palliatieve zorg. In het kwaliteitskader staat beschreven wat goede palliatieve zorg is - niet hoe die geboden moet worden. Het beoogt daarmee vooral richtinggevend te zijn. Het kwaliteitskader wordt meer en meer beschouwd als veldnorm.

Informatie over (het kwaliteitskader) palliatieve zorg en richtlijnen staan gebundeld op www.palliaweb.nl en www.overpalliatievezorg.nl

1.2

Toezicht op palliatieve zorg in detentie

Uit meldingen van overlijden die de IGJ ontving, blijkt dat jaarlijks² ongeveer zeven mensen overleden in detentie, waarvan het overlijden in de lijn der verwachting lag en waar palliatieve zorg aan de orde was of had kunnen zijn. Er is geen gespecialiseerde afdeling of unit waar palliatieve zorg verleend wordt. Wanneer zorg niet meer in een reguliere PI of een regulier FPC geboden kan worden, kan de patiënt overgeplaatst worden naar het Justitieel Centrum voor Somatische zorg (JCvSZ) in PI Haaglanden. Tevens is uitplaatsing naar bijvoorbeeld een hospice in bepaalde gevallen mogelijk.

De IGJ deed niet eerder een thematisch onderzoek naar palliatieve zorg in detentie. Het doel van dit toezicht op palliatieve zorg in detentie is in eerste instantie om zicht te krijgen op de wijze waarop palliatieve zorg verleend wordt in detentie en onderzoeken of het kwaliteitskader palliatieve zorg integraal van toepassing kan zijn in detentie. Uitgangspunt bij het toezicht is het equivalentiebeginsel: *'Elke gedetineerde heeft toegang tot medische zorg (lichamelijk en geestelijk), die gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij maar wel past binnen de beperkingen van een gevangenisstraf'*.

De IGJ is in gesprek gegaan met instellingen (2 penitentiaire inrichtingen, waaronder het justitieel centrum voor somatische zorg en 1 FPC), het NIFP en DJI over de toepasbaarheid van het kwaliteitskader palliatieve zorg.

² Gebaseerd op de in 2018, 2019 en 2020 ontvangen meldingen

2 Resultaten inspectieonderzoek

2.1 Toepasbaarheid kwaliteitskader palliatieve zorg in detentie

Hieronder staat beschrijven hoe de verschillende standaarden van het kwaliteitskader van toepassing kunnen zijn in detentie en waar aanpassing aan de situatie nodig is.

Standaard kwaliteitskader	Bevindingen toepasbaarheid in detentie
<p>1 Kernwaarden palliatieve zorg</p> <p><i>Uniceit, autonomie, respect, aanpassing aan persoonlijke normen, wensen en behoeften. Aandacht voor impact naderende dood.</i></p>	<p>Uit de gesprekken met de verschillende instellingen blijkt dat medewerkers veel aandacht hebben voor de waarden zoals beschreven in het kwaliteitskader. Iedere instelling geeft aan dat er binnen de grenzen die een detentiesetting heeft, optimaal gezocht wordt naar mogelijkheden om persoonlijke wensen te respecteren. Wel geven instellingen aan dat er grenzen zijn in wat een penitentiaire instelling of forensische kliniek kan. Als voorbeeld: de wens van iemand om nog een keer naar het strand te gaan, kan niet ingewilligd worden als er geen verlofkader is. Alles wat binnen kan, proberen de instellingen te verwezenlijken. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor voeding, bezoek et cetera. Ook hier zijn er grenzen aan wat kan. Zo kan bijvoorbeeld in een PI 's nachts geen bezoek komen en kan er door naasten 's nachts niet gewaakt worden.</p> <p>Vanuit de verschillende instellingen wordt aangegeven dat altijd gezocht wordt naar mogelijkheden voor uitplaatsing, maar dat die er niet altijd zijn. Dit wordt door betrokkenen als moeilijk ervaren.</p> <p>Wanneer patiënten al langere tijd in een FPC verblijven is er in veel gevallen geen netwerk buiten meer om naar toe te gaan. Dan zijn medebewoners de 'naasten' geworden. Deze worden dan actief betrokken bij het proces. Ook personeel is zeer betrokken bij de patiënt. Er is veel aandacht en zorg richting patiënten.</p>
<p>2.1 Markering</p> <p><i>Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend (ook herkenning stervensfase)</i></p>	<p>Tijdige herkenning is goed haalbaar, doordat patiënten soms al langdurig binnen de muren verblijven en daarmee steeds goed in beeld zijn bij de huisarts. Patiënten worden actief getoetst op hun gezondheidstoestand.</p>

Vanuit PI-en wordt aangegeven dat actief geprobeerd wordt iemand tijdig uit te plaatsen, bijvoorbeeld naar een hospice. Procedures rondom uitplaatsing zijn echter administratief zeer complex en tijdrovend. Daarnaast wordt niet altijd (tijdig) toestemming gegeven voor uitplaatsing.

2.2 Besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is het continue proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten.

In de laatste levensfase vormt zich een team bestaande uit een regiebehandelaar, mentor, somatisch arts, geestelijk verzorger, maatschappelijk werker en wettelijk vertegenwoordiger. Zij kijken gezamenlijk met de patiënt wat wel/niet kan. De ervaring van de laatste jaren is dat veel mogelijk blijkt te zijn om aan de wensen van patiënten tegemoet te komen. Als voorbeelden worden genoemd dat er steeds meer aandacht is voor het betrekken van naasten in de laatste fase en bij de verzorging na het overlijden of het binnenhalen van een notaris om het testament aan te passen. Instellingen kijken gezamenlijk met de patiënt wat wel/niet kan. Indien relevant wordt hiervoor ook afstemming gezocht met een mentor of wettelijk vertegenwoordiger, maar ook naasten, familieleden of de geestelijk verzorgers worden betrokken.

2.3 Pro-actieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning wordt tijdig en op passende wijze aan de orde gesteld, bij voorkeur door de hoofdbehandelaar of centrale zorgverlener of door de patiënt en diens naasten. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan. Proactieve zorgplanning wordt herhaald wanneer de situatie van de patiënt daar aanleiding toe geeft.

Uit de gesprekken blijkt dat een overlijden binnen een PI of FPC geen gebruikelijke gebeurtenis is. Dit zorgt voor een pro-actieve en alerte houding bij alle betrokken medewerkers, waarbij er sprake is van een intrinsieke motivatie om de stervensfase goed te begeleiden. Interdisciplinair overleg over het zorgplan wordt actief geborgd. In het PMO of MDO wordt besproken wat de frequentie van overleg zou moeten zijn op geleide van het toestandbeeld. Tevens wordt afgesproken wie wat doet tot het volgende overleg. Daarmee is er goede regievoering. Het hoofd behandeling of de medische dienst communiceert het beleid met de afdeling. In de laatste levensfase wordt in een FPC één sociotherapeut aangemerkt als aandachtsfunctionaris. Diegene is dan aanspreekpunt voor de patiënt en voor het team. Deze sociotherapeut is altijd bij het PMO aanwezig en koppelt *bottom up* terug. Zodra iemand zich in de stervensfase bevindt is er dagelijks een moment van afstemming tussen de verschillende disciplines.

2.4 Individueel zorgplan

Elke patiënt in de palliatieve fase heeft een individueel zorgplan, dat bij de patiënt aanwezig is en zo nodig wordt bijgesteld gedurende het ziekteproces. Het individueel zorgplan is het middel om de patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers op één lijn te houden en de gemaakte afspraken eenduidig en toegankelijk bij elkaar te hebben, ook in de nachten, weekenden, bij crisissituaties en in de stervensfase. Daar waar, in de context van persoonsgerichte zorg en de omstandigheden van de patiënt en diens naasten, een individueel zorgplan niet noodzakelijk wordt geacht, kan hiervan beargumenteerd en in overleg met de patiënt worden afgeweken.

Een individueel zorgplan wordt te allen tijde gemaakt, zowel in de PI als FPC.

2.5 Interdisciplinair werken

De multidimensionale benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. Dit team wordt gevormd door zorgverleners en vrijwilligers in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten.

In een PI of FPC is het gebruikelijk interdisciplinair samen te werken. Dit wordt geborgd door bijvoorbeeld PMO of MDO structuren. Bij palliatieve patiënten wordt te allen tijde samen gewerkt. Het gaat dan niet alleen om de zuiver medische zorg, maar ook om de zorg die de maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, PIW'ers, sociotherapeuten et cetera leveren.

2.6 Mantelzorger

De mantelzorger wordt door zorgverleners en vrijwilligers erkend als die naaste die een belangrijke rol heeft in de zorg voor de patiënt en wordt daar actief bij betrokken. Tevens wordt hij op basis van zijn specifieke waarden, wensen en behoeften ondersteund en begeleid en voorzien van informatie. Eén of meerdere naasten kunnen deze rol hebben.

Indien mantelzorgers in beeld zijn, worden ze betrokken bij de zorgverleners. In een FPC hebben medebewoners vaak de rol van 'naasten' gekregen omdat bewoners langdurig betrokken zijn bij elkaar. In een FPC is het mogelijk dat gewaakt wordt door naasten, ook als deze niet in de inrichting verblijven. In een PI is dit in de nacht niet mogelijk.

Een maatschappelijk werker gaat altijd met patiënten in gesprek. Daarbij is ook aandacht voor de wens om eventueel relaties te herstellen, ook omdat men met de dood in het vooruitzicht vaak anders op (gebeurtenissen uit) het leven reflecteert.

Het sterven vindt in een FPC ook wel eens plaats in het bijzijn van de sociotherapeut of geestelijk verzorger als 'naaste'. Patiënten

hechten doorgaans veel waarde aan het contact met de geestelijk verzorger, vanwege het soms jarenlange regelmatige contact en hun onafhankelijke positie ten opzichte van het behandelteam.

De directie van PI Haaglanden heeft een bewuste keuze gemaakt om geen mantelzorgers in te zetten in de zorg van gedetineerde patiënten. Mocht er behoefte zijn dan kunnen personen die in het verleden mantelzorg hebben verleend wel als bezoeker aanwezig zijn bij de gedetineerde patiënt. De PI houdt echter de regie waar het gaat om de zorgverlening en beveiliging aan de gedetineerde patiënt en voert de daarbij horende handelingen en ADL zorg zelf uit.

2.7 Coördinatie en continuïteit

Zie hiervoor 2.2, 2.3 en 2.5

Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het individueel zorgplan, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel.

2.8 Netwerk

Betrokken organisaties in een regio werken effectief en efficiënt samen om te voorzien in de wensen en behoeften van patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en hun naasten.

Instellingen zoeken – ook voor reguliere medische zorg - samenwerking met nabijgelegen ziekenhuizen. Tevens wordt indien gewenst samengewerkt met de lokale thuiszorgorganisatie. Verschillende instellingen hebben geïnvesteerd in de samenwerking met de thuiszorg. Daarnaast zijn verschillende paramedische beroepen verbonden aan de PI'en en FPC's. Geïndiceerde zorg wordt laagdrempelig ingezet. Er wordt op dit moment nog geen gebruik gemaakt van palliatieve teams. In PI's is het niet mogelijk 's avonds externen in de organisatie te laten werken. Externe expertise kan niet in de avond of nacht wordt ingevlogen.

2.9 Deskundigheid

Zowel de zorgverlener als de vrijwilliger is gekwalificeerd voor de zorg die ze verlenen en houden aantoonbaar hun kennis actueel met relevante bij- en nascholing.

FPC de Pompestichting laat onderzoek doen naar palliatieve zorg in het algemeen en specifiek naar de behoefte aan scholing op het gebied van zorg rondom het levenseinde en welke attitude en vaardigheden daarvoor nodig zijn.

Op dit moment is er voor de medewerkers die de dagelijkse ondersteuning voor de patiënten op zich nemen geen specifieke scholing beschikbaar, of wordt geen gebruik gemaakt van scholing in palliatieve zorg. Wel wordt relevante deskundigheid betrokken en/of in huis gehaald en is er aandacht voor het geven van passende handelingsinstructies. Tevens worden mogelijkheden onderzocht om deskundigheidsbevordering ten aanzien van de palliatieve zorg een plek te geven in het opleidingsplan. Ditzelfde geldt voor het JCvSZ. Scholing en deskundigheidsbevordering zijn onderdeel van de implementatie van het nieuw opgestelde beleid van het JCvSZ. Naast de scholing van het zorgpersoneel wordt er ook specifiek gekeken naar het tijdig voorbereiden van niet-zorgmedewerkers op het overlijden en de aspecten die daar bij komen kijken.

2.10 Kwaliteit en onderzoek

Aanbieders van palliatieve zorg streven naar de beste kwaliteit van palliatieve zorg. Zowel in ervaren kwaliteit van zorg en geboden ondersteuning voor alle patiënten, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers, als in organisatie van zorg.

Instelling steven er naar dat de kwaliteit van zorg in detentie gelijk is aan de kwaliteit van zorg buiten detentie. Onderzoek naar de palliatieve zorg in detentie is gezien de kleine aantallen lastig, maar het delen van ervaringen, en het meenemen van het personeel in het gehele proces voorafgaand aan het sterven is hierbij wel mogelijk.

3 Fysieke dimensie

De fysieke symptomen van een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid worden volgens geldende richtlijnen en inzichten behandeld, waarvan op grond van kennis en kunde gefundeerd mag worden afgeweken en waarbij behandeling is afgestemd op de individuele patiënt. De hiervoor benodigde (hulp)middelen (zoals medicatie, subcutane pompen of een hoog-laag bed) dienen in voldoende mate voorhanden te zijn.

Instellingen proberen de cellen/kamers zo in te richten dat alle hulpmiddelen aanwezig zijn. Gebouwelijk geeft dit soms wel uitdagingen i.v.m. vaste afmetingen van cellen en deuren. Zo is het soms moeilijk een hoog/laag bed te plaatsen, maar zal altijd gedacht worden vanuit mogelijkheden. Aanpassingen in voeding et cetera kunnen wel gedaan worden. PI's geven aan meer ruimte te willen voor het creëren van cellen voor mindervaliden. Alhoewel er grenzen zijn, wordt altijd vanuit mogelijkheden gezocht naar oplossingen.

4 psychische dimensie

De zorgverlener heeft samen met de patiënt en diens naasten aandacht voor de psychische gevolgen van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en de aanwezigheid van eventuele psychiatrische symptomen. Het doel hiervan is om het psychisch welbevinden van de patiënt en diens naasten te vergroten door onder meer de coping te verbeteren. De zorgverlener doet dit aan de hand van geldende richtlijnen en inzichten.

Zowel in PI's als FPC's is veel aandacht voor de psychische dimensie. Psychologen worden tijdig betrokken bij de behandeling. Ook zijn er gesprekken met mentoren, casemanagers, maatschappelijke werkers waarbij aandacht wordt besteed aan het welbevinden van de patiënten.

5 Sociale dimensie

De zorgverlener staat samen met de patiënt en diens naasten stil bij hun sociale context zodat aan hun doelen, wensen en behoeften tegemoet gekomen kan worden, sterke kanten benut kunnen worden en het welbevinden van de patiënt en diens naasten kan worden vergroot. Zowel de patiënt als de naasten ervaren passende aandacht en ondersteuning bij het omgaan met elkaar.

Deze dimensie wordt vooral besproken door de maatschappelijk werkers, mentoren en sociotherapeuten.

Wat er kan is in een FPC sterk afhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van een verlofkader. Zonder verlofkader is er weinig mogelijk. Soms, indien goed onderbouwd en er geen expliciete risico's mee gepaard gaan, wordt humanitair verlof verleend. Bijvoorbeeld indien een naaste niet meer naar de kliniek kan komen door ziekte of ouderdom.

Opgemerkt wordt dat het verlies van rollen voor de meeste patiënten minder speelt dan voor een patiënt die niet in een instelling verblijft. Dit is omdat het verlies van rollen al in een eerder stadium heeft plaatsgevonden, namelijk op het moment dat zij intramuraal geplaatst werden. Het gaat dan om rollen als bijvoorbeeld 'ouder, medewerker, buurman' et cetera. Sommige bewoners spreken uit dat het van dichtbij meemaken hoe het stervensproces en de aanloop daar naartoe in de instelling verloopt, maakt dat ze meer vertrouwen krijgen in een goed stervensproces voor zichzelf.

In het JCvSZ probeert men PIW'ers te instrueren en een goede mix te maken tussen de wat meer 'klassieke bewaarders' en medewerkers die wat meer laveren/nuances zoeken om, binnen de mogelijkheden, een goede sociale context te creëren.

De gebouwelijke omgeving binnen het JCvSZ is een aandachtspunt volgens de

gesprekspartners. Het leefklimaat van de instelling is een belangrijk aandachtspunt bij de aanbesteding voor de (tijdelijke) nieuwbouw.

6 Spirituele dimensie

De patiënt en diens naasten ervaren aandacht voor wat voor hen van betekenis is en ontvangen passende ondersteuning bij spirituele en existentiële vragen en behoeften.

Zowel in PI'en als FPC's worden geestelijk verzorgers tijdig ingezet. Alle denominaties zijn aanwezig. Het contact met geestelijk verzorgers wordt zeer op prijs gesteld en is vaak intensief bij patiënten. Deze spelen een belangrijke rol.

7 Stervensfase

*- Patiënten in de stervensfase worden tijdig herkend. Het individueel zorgplan wordt hierop aangepast of het Zorgpad stervensfase wordt gestart.
- Zorg na het overlijden is respectvol en doet eer aan de waardigheid, cultuur en levensbeschouwelijke overtuigingen van de patiënt en diens naasten.*

Huisartsen en verpleegkundigen doen er alles aan de stervensfase tijdig te herkennen.

Tijdens de stervensfase wordt intensieve begeleiding geboden. In een FPC wordt dag en nacht waken als heel belangrijk gezien en als een intens proces ervaren. Sociotherapeuten, geestelijke verzorgers en medebewoners nemen op basis van wensen van de patiënten deze rol op zich.

In het JCvSZ (PI'en) is waken in de nacht niet mogelijk. In de nachtelijke uren zijn de verpleegkundigen en piw'ers van het JCvSZ in hoge frequentie aanwezig.

8 Verlies en rouw

De patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers ervaren passende aandacht voor verlies en (anticipatoire) rouw. Waar nodig of gewenst dient professionele begeleiding beschikbaar en toegankelijk te zijn. Hierbij wordt extra aandacht geschonken aan nabestaanden die zich in een afhankelijkheidspositie van de patiënt bevinden.

Zowel in PI's als FPC's wordt nazorg als zeer belangrijk ervaren. Na een overlijden wordt altijd een bijeenkomst georganiseerd waarbij aandacht wordt besteed aan hoe het is verlopen, wat men eventueel kan verbeteren en wat er nog speelt bij mensen. Aandacht voor medewerkers is zeer noodzakelijk omdat het overlijden van patiënten die soms al lang in de instelling verblijven erg heftig en intensief is. Tegelijkertijd ziet men vaak ook dat het een verbindend effect heeft en dat teams er van 'groeien'. Er is na het overlijden veel aandacht voor contact met nabestaanden. Nabestaanden krijgen altijd de mogelijkheid de instelling te bezoeken. Hier wordt soms wel, soms geen gebruik van gemaakt. Bij nazorg speelt geestelijke verzorging een belangrijke rol.

9 Cultuur

De culturele achtergrond van de patiënt, diens naasten en bijbehorende gemeenschap worden herkend, erkend en verkend en gerespecteerd gedurende het zorgtraject.

Op verschillende manieren wordt aandacht besteed aan de culturele achtergrond van patiënten. Het aanbod van geestelijk verzorgers is hier bijvoorbeeld op toegespitst.

Ook wensen ten aanzien van verzorging, voeding en eventueel afscheid worden zo veel mogelijk ingewilligd.

Ook in de keuze voor een uitvaarbegeleider wordt hier rekening mee gehouden.

10 Ethisch en juridisch

De zorgverlener herkent, erkent en verkent de complexe ethische kwesties die zich voor kunnen doen in de zorg voor patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid.

Geldende wet- en regelgeving, erkende medische zorgstandaarden en professionele richtlijnen vormen de kaders waarbinnen de waarden, wensen en behoeften van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger en diens naasten worden gerespecteerd.

Verschillende instellingen stellen zich de vraag in hoeverre het ethisch verantwoord is te overlijden in detentie. Hierin spelen echter niet alleen ethische en juridische aspecten, maar ook politiek/maatschappelijke thema's (bijvoorbeeld bij levenslang gestraften). Instellingen proberen er op in te zetten dat iemand niet in detentie overlijdt, tenzij dit beter is voor betrokkene omdat naasten daar verblijven.

Instellingen maken ook gebruik van moreel beraad om ethische aspecten te kunnen wegen.

2.2

Mogelijkheden tot (tijds) uitplaatsing

Op verzoek van bijvoorbeeld de medische dienst of het PMO (het psycho-medisch overleg) van een penitentiaire inrichting kan het bureau Individuele Medische Advisering (IMA) gevraagd worden een onderzoek te doen naar de vraag of een justitiabele detentieongeschikt is. De medische adviseur brengt hierover vervolgens een advies uit. Dit is een medisch advies (dat op korte termijn als beoordeling van de huidige situatie gegeven kan worden), waarin dus alleen wordt bepaald of er bij de gedetineerde medische redenen aanwezig zijn waarom het niet verantwoord is de detentie voort te zetten. Het gaat dan om de vraag of het binnen of vanuit de instelling mogelijk is om de benodigde zorg voor deze gedetineerde op verantwoorde wijze te leveren. Als het naar het oordeel van de medisch adviseur niet mogelijk is om op verantwoorde wijze zorg te leveren, en dat leidt tot gezondheidsschade (of tot een aannemelijk risico daarop), oordeelt de medisch adviseur dat een gedetineerde detentieongeschikt is. Vervolgens kan de inrichtingsdirectie de Minister vragen om strafonderbreking.

De vestigingsdirecteur kan overigens ook op geleide van een rapportage van de inrichtingsarts strafonderbreking aanvragen. Strafonderbreking in PI'en is geregeld in de Ministeriële regeling tijdelijk verlaten van de inrichting (artikel 37).

Voor een FPC geldt dat net als bij het gevangeniswezen er in de beginselenwet een grondslag is om zorg buiten de muren te laten plaatsvinden (artikel 41 lid 4 Bvt). Bij het verlenen van strafonderbreking moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Zo mag het verlenen van strafonderbreking geen ernstig gevaar opleveren voor de openbare orde en mogen er geen risico's bestaan op confrontatie van de gedetineerde met het slachtoffer van het misdrijf waarvoor hij/zij veroordeeld is.

Bij levenslang gestraften is het verlenen van strafonderbreking niet mogelijk. Indien de medisch adviseur oordeelt dat een levenslang gestrafte detentieongeschikt is dan kan wel een procedure tot het verlenen van gratie worden doorlopen. Een besluit tot het verlenen van gratie wordt ondertekend door de Koning en wordt via de minister voor Rechtsbescherming / Justitie en Veiligheid aan de Koning gestuurd. Deze processen kunnen tijdrovend zijn.

3 Conclusies

Op basis van de gehouden gesprekken en concludeert de IGJ dat veel aandacht wordt besteed aan palliatieve zorg, maar dat het huidige kwaliteitskader palliatieve zorg op dit moment niet integraal toepasbaar is in justitiële instellingen.

- De IGJ concludeert **dat directies en hulp/zorgverleners rondom palliatieve zorg in PI'en en FPC's zeer betrokken** zijn en alles willen doen dat binnen hun mogelijkheden ligt om kwalitatief goede zorg te leveren waarbij aandacht is voor de wensen van de patiënt. Er wordt multidisciplinair samengewerkt en benodigde expertise wordt betrokken.
- Daarnaast is er sprake een gedegen **inzet van geestelijk verzorgers** die in deze levensfase een belangrijke rol spelen.
- Specifiek voor FPC's geldt dat de **betrokkenheid van medebewoners** van grote meerwaarde in de palliatieve zorg in deze setting. De **mogelijkheden tot stervensbegeleiding in FPC's** zijn meer vergelijkbaar met de mogelijkheden buiten detentie dan de mogelijkheden in PI'en.
- Zowel in PI'en als FPC's wordt zorgvuldig aandacht besteed aan **nazorg** voor nabestaanden, personeel, medegedetineerden, medebewoners.

De IGJ ziet een aantal punten dat aandacht nodig heeft van DJI:

- Eenduidige processen / duidelijkheid over mogelijkheden tot **tijdige uitplaatsing**. Instellingen zijn veel tijd kwijt aan complexe procedures en mogelijkheden tot uitplaatsing zijn niet altijd duidelijk en / of bekend. De IGJ adviseert DJI een duidelijke richtlijn te maken waarin instellingen kunnen vinden op welk moment welke stappen doorlopen kunnen worden om – indien mogelijk – over te kunnen gaan tot tijdige uitplaatsing.
- Wanneer uitplaatsing niet mogelijk is en het wel in de stervensfase van belang is, zou gekeken moeten worden naar de toegang van naasten en externe expertise **in de avond en nacht in de PI**. In FPC's is dat wel mogelijk.
- De **gebouwelijke omgeving van het JCvSZ** is al volop in beeld bij de directie. Aan - tijdelijke - nieuwbouw wordt hard gewerkt. Op dit moment is de gebouwelijke omgeving niet geschikt voor verblijf in de palliatieve fase, conform kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Instellingen doen hun uiterste best het kwaliteitskader palliatieve zorg toe te passen in detentie. Gezien de setting is dit niet op alle gebieden mogelijk. Wanneer uitplaatsing op juridische gronden niet mogelijk is, kan zorg niet geleverd worden conform kwaliteitsstandaarden en levert dit ethische vragen op. De IGJ vraagt van **DJI om een vertaalslag te maken van het kwaliteitskader palliatieve zorg** naar de mogelijkheden voor palliatieve zorg in detentie (wanneer uitplaatsing naar een passende setting niet mogelijk is) en daarbij expliciet te beoordelen wat passend en noodzakelijk wordt gevonden.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl