

IST

**TBS in het
gevangeniswezen**

Inspectierapport
Themaonderzoek



Justitie



STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID
INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG





Ministerie van Justitie

Inspectie voor de Sanctietoepassing
Inspectie voor de Gezondheidszorg



TBS in het gevangeniswezen

Inspectierapport

Themaonderzoek

Oktober 2006

Inhoudsopgave

Voorwoord 3

Samenvatting 4

1 Inleiding 7

- 1.1 Aanleiding en doel 7
- 1.2 Reikwijdte 9
- 1.3 Opzet 9
- 1.4 Toetsingskader 10
- 1.5 Recent onderzoek 10

2 Bevindingen 11

- 2.1 Algemeen 11
- 2.2 Deelrapporten 16
 - 2.2.1 PI Overmaze / FPC De Rooyse Wissel 16
 - 2.2.2 De Corridor / Pompestichting 23
 - 2.2.3 PI Vught / Pompestichting 31
 - 2.2.4 PI Grittenborgh / FPC Veldzicht 39
 - 2.2.5 PI Oosterhoek / FPC De Rooyse Wissel 47
 - 2.2.6 PI Wolvenplein / Dr. Henri van der Hoevenkliniek 54

3 Conclusies 59

- 3.1 Algemeen 59
- 3.2 Rechtspositie patiënten, bejegening en beveiliging 59
- 3.3 De zorg voor de patiënten 60
- 3.4 Beperkingen ten gevolge van het GW-regime 61
- 3.5 Slotconclusie 61

4. Aanbevelingen 62

Voorwoord

Sinds begin 2006 is in een zestal penitentiaire inrichtingen, onder verantwoordelijkheid van een tbs-kliniek, een tbs-afdeling ingericht. De Inspectie voor de Sanctietoepassing en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hebben gezamenlijk een onderzoek gedaan naar dit nieuwe verschijnsel.

Zij concluderen enerzijds dat er geen inbreuken op de wettelijke rechten van patiënten zijn vastgesteld en dat uit een oogpunt van rechtspositie en beveiliging de voorzieningen toereikend zijn.

Anderzijds komen zij tot de conclusie dat de zorg nog niet op het peil is van de zorg zoals die door de tbs-klinieken kan worden gegarandeerd.

Daarom zijn zij voornemens, uiterlijk een jaar na vaststelling van dit rapport een vervolgonderzoek te doen.

Het feit dat dit onderzoek gezamenlijk uitgevoerd kon worden is door beide inspecties als zeer positief ervaren, en kan gezien worden als een goede stap in de richting van meer samenwerking tussen inspecties.

In het rapport wordt wel duidelijk aangegeven welke bevindingen voor rekening van de Inspectie voor de Sanctietoepassing komen, en welke voor die van de Inspectie voor de gezondheidszorg.

Mr. W.F.G. Meurs
Hoofdinspecteur IST

Prof. dr. G. van der Wal
Inspecteur-Generaal IGZ

Samenvatting

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben een gezamenlijk onderzoek uitgevoerd naar de nieuwe tbs-afdelingen in het gevangeniswezen. Deze vorm van samenwerking tussen een tbs-kliniek en een penitentiaire inrichting (PI) bestaat sinds 1 januari 2006 op een zestal locaties.

De voorzieningen moesten op korte termijn tot stand komen, waardoor in de aanloopperiode veel geïmproviseerd moest worden door de betrokken klinieken en inrichtingen. Het hoofdkantoor van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft daarbij weinig ondersteuning geboden.

De nieuwe tbs-afdelingen zijn soms gehuisvest in een onderdeel van het gebouw dat niet herkenbaar is afgebakend van de rest van de PI, maar soms ook in een separate ruimte, fysiek gescheiden van de rest van de PI.

De bewoners beschikken over één of twee voormalige cellen als eigen kamers. In de meeste inrichtingen zijn deze cellen of de gezamenlijke ruimtes wel aangepast teneinde wat meer de sfeer van een tbs-kliniek te benaderen. Niettemin wordt de gebouwelijke voorziening algemeen als beduidend minder gekwalificeerd dan die van de tbs-klinieken: soberder en met minder bewegingsvrijheid voor de patiënten.

De wervingsprocedure voor het personeel van de nieuwe afdelingen verschilde per locatie. In sommige gevallen werd aan penitentiair inrichtingswerkers (piw'ers) de mogelijkheid geboden naar een nieuwe functie over te stappen, in andere niet. Ook de rechtspositionele basis verschilt: in sommige gevallen is het personeel in dienst gebleven van de PI en gedetacheerd bij de tbs-kliniek, in andere gevallen ging het personeel over naar een dienstverband met de kliniek. Ook de gehanteerde functiebenamingen lopen uiteen. Wel is overal voorzien in aanvullende scholing voor het personeel.

Behoudens een enkele afwijking zijn de regels en protocollen van de moederkliniek overal overgenomen.

De formele rechten van de patiënten komen nergens in het gedrang. Wel is de feitelijke bewegingsvrijheid minder dan in een tbs-kliniek. Deels heeft dit te maken met het enkele feit dat de afdeling een onderdeel is van het grotere geheel van de PI. Daarnaast speelt ook een rol dat de organisatie en het programma zo zijn ingericht dat contacten tussen tbs-patiënten en gedetineerden vermeden worden.

Vergeleken met de tbs-klinieken zijn de bezoekfaciliteiten en de in- en uitsluitijden minder gunstig. Bezoek kan op de meeste locaties niet op de eigen kamer ontvangen worden.

Waar het de beveiliging betreft overheersen de regels van de PI. In wisselende mate wordt tegemoet gekomen aan wensen van de tbs-kliniek, b.v. op het punt van de invoer van goederen.

Indien jegens een patiënt een maatregel genomen moet worden ligt de beslissing daarover bij de kliniek, en niet bij de PI.

De Ist concludeert dat het waarborgen van de rechten van patiënten weliswaar overal voldoet aan de minimaal daaraan te stellen eisen, maar dat met name de beperkte bewegingsvrijheid voor de patiënten een aanzienlijke achteruitgang ten opzichte van de moederkliniek betekent.

De IGZ concludeert dat het behandelaanbod en de daarmee samenhangende zorgprogramma's in alle voorzieningen nog in ontwikkeling zijn of in het beginstadium van implementatie zijn. De patiëntzorg die wordt geleverd is hierdoor nog niet op het peil van de zorg zoals die door de tbs-klinieken kan worden gegarandeerd.

In alle tbs voorzieningen wordt voorzien in adequate medische c.q. somatische zorg en medicatievoorziening. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van een psychiater is in toenemende mate toereikend, maar de verpleegkundige bezetting laat nog te wensen over. Hierdoor zijn niet alle voorzieningen in staat geneeskundige handelingen onder dwang (i.c. toedienen van gedwongen medicatie) uit te voeren.

Het opleidingsniveau van de groepsbegeleiders is binnen en tussen de voorzieningen zeer divers en de deskundigheid op het gebied van de tbs van het personeel afkomstig uit de penitentiaire inrichting is vooralsnog beperkt.

Alle tbs voorzieningen hanteren de richtlijnen en protocollen van de moederkliniek. Deze zijn goed toegankelijk en over het algemeen goed toepasbaar. Alleen in het uitvoeren van het separatiebeleid kunnen problemen optreden omdat in bijna alle voorzieningen gebruik wordt gemaakt van de separeerruimten van de penitentiaire inrichting. Hierdoor kunnen logistieke, veiligheids- en zorgproblemen voorkomen.

Het rapport eindigt met een aantal aanbevelingen.

Aan het hoofdkantoor DJI wordt in overweging gegeven om in toekomstige gevallen meer een begeleidende, stimulerende, kaderstellende of coördinerende rol te spelen. Verder wordt aan het hoofdkantoor aanbevolen te bezien of meer uniformiteit in rechtspositionele regelingen voor het personeel aangebracht kan worden, te stimuleren dat de tbs-afdelingen een evidence-based behandelaanbod en zorgprogrammering ontwikkelen en duidelijkheid te verschaffen welke categorieën patiënten wel en niet voor plaatsing in de nieuwe afdelingen in aanmerking komen.

De aanbevelingen aan de klinieken hebben betrekking op de totstandkoming van een evidence-based behandelaanbod en zorgprogrammering, de uitvoering van geneeskundige handelingen onder dwang, het separatiebeleid en de toegang tot patiëntinformatiesystemen. Ook wordt de klinieken aanbevolen aan de patiënten zo goed mogelijk duidelijkheid te verschaffen over wat zij in de toekomst aan voorzieningen en bewegingsvrijheid kunnen verwachten.

Aan de PI's, ten slotte, wordt aanbevolen oplossingen te zoeken voor gebouwelijke en regimaire beperkingen in de tbs-afdelingen, en een gezamenlijke toegang te bewerkstelligen tot relevante patiëntinformatiesystemen.

De Inspecties zijn voornemens, uiterlijk een jaar na vaststelling van dit rapport een vervolgonderzoek te doen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doel

In het najaar van 2005 heeft de minister van Justitie besloten versneld extra tbs-capaciteit te realiseren door capaciteit in het gevangeniswezen (GW) om te bouwen tot tbs-capaciteit.

Dit gebeurde naar aanleiding van de uitspraken van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) in de zaken Brand¹ en Morsink. Het Hof bepaalde in die uitspraken dat de wachttijd voor een tbs-gestelde na ommekomst van zijn detentie (betrokkene krijgt dan in de penitentiare inrichting de status van passant) beperkt moet zijn. Een wachttijd van langer dan 6 maanden acht het Hof in strijd met de rechten van de mens. Bij een wachttijd langer dan 6 maanden dient aan betrokkene een passantenvergoeding betaald te worden.

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft in september 2005 aan de minister voorstellen gedaan om de passantenproblematiek² in de tbs op te lossen door middel van het realiseren van extra capaciteit door het ombouwen van capaciteit in het gevangeniswezen tot tbs-capaciteit. Hiertoe waren door een aantal tbs-inrichtingen in samenspraak met diverse penitentiare inrichtingen (PI's) voorstellen ingediend.

In november 2005 zijn zes voorstellen tot samenwerking gehonoreerd. Zij waren gericht op het realiseren van extra tbs-capaciteit per 1 januari 2006.

Bij interne nota van 12 januari 2006 meldde de hoofddirecteur DJI aan de minister van Justitie dat met de instroom van de patiënten was gestart in de volgende deelprojecten:

¹ Europese Hof voor de Rechten van de Mens EHRM 11 mei 2004 no.49902/99 (Brand), NJ 2005/57 en EHRM 11 mei 2004 no. 48865/99 (Morsink) onherroepelijk geworden op 10 november 2004.

² Op 15 september 2005 bedroeg het aantal passanten 225.

Cluster GW	Locatie	tbs-kliniek	Aantal tbs plaatsen
1. Noord Brabant Noord	De Corridor	Pompestichting	40
2. PI Vught	PI Vught	Pompestichting	34
3. PI Noord	PI De Grittenborgh	Veldzicht	20
4. PI Limburg Zuid	PI Overmaze	De Rooyse Wissel	20
5. PI Noord Brabant Noord	PI Oosterhoek	De Rooyse Wissel	20
6. PI Utrecht	PI Wolvenplein	Van der Hoevenkl.	12
Totaal			146 ³

De instroom liep op het moment van het onderzoek nog steeds door. Alleen de capaciteit van PI Wolvenplein was op dat moment nog niet gereed (in verband met benodigde monumentenvergunningen). De verwachte instroom zou daar plaats vinden vanaf 1 juni 2006.

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) heeft in haar jaarplan 2006 een themaonderzoek naar deze tbs-voorzieningen binnen het gevangeniswezen aangekondigd. Het onderzoek was oorspronkelijk gepland voor het najaar van 2006. Het onderzoek zou in combinatie met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) uitgevoerd gaan worden.

De doelstelling van het onderzoek is omschreven als het geven van een antwoord op de vraag of de tbs-locaties in het gevangeniswezen werken binnen de voor de tbs gestelde kaders en of zij een aan de voor die locatie verantwoordelijke tbs-kliniek gelijkwaardige voorziening zijn.

De sectordirectie TBS heeft de Inspectie voor de Sanctietoepassing in februari benaderd met het verzoek het themaonderzoek te vervroegen. De sectordirectie wilde graag in een zo vroeg mogelijk stadium een uitspraak van de Inspecties over de hiervoor genoemde vragen.

De ISt heeft er kennis van genomen dat er kennelijk bij enkele partijen twijfel bestond over het antwoord op deze vragen. Daarmee nam ook voor de ISt de urgentie van het onderzoek toe. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg was in staat capaciteit vrij te maken voor dit onderzoek. De Inspecties hebben

³ 2 plaatsen zijn om bouwtechnische redenen vervallen.

onderling afstemming gezocht over de onderwerpen die voor ieder relevant waren. Er zijn werkafspraken gemaakt over de uitvoering van het onderzoek.

1.2 Reikwijdte

Het inspectieonderzoek richt zich op de zes locaties van het gevangeniswezen waar tbs ten uitvoer wordt gelegd. De Inspecties willen ten aanzien van die locaties de volgende vragen beantwoorden:

- 1) Ist: Is de rechtspositie van de patiënten en de bejegening en de beveiliging hetzelfde als of vergelijkbaar met die in de voor deze locatie verantwoordelijke tbs-kliniek?
- 2) IGZ: Is de zorg voor de patiënten hetzelfde als of vergelijkbaar met die in de voor deze locatie verantwoordelijke tbs-kliniek?
- 3) Ist: Wordt de tbs-gestelde onderwerpen aan beperkingen ten gevolge van het GW-regime in de inrichting?

1.3 Opzet

Ter voorbereiding van de inspectiebezoeken is documentonderzoek gedaan. Daarnaast is bij de aankondiging van de bezoeken een vragenlijst uitgezet. De beantwoording van die vragenlijst is - indien aanwezig - betrokken bij de voorbereiding. Het daadwerkelijke inspectiebezoek was op alle locaties uniform van opzet⁴. Na een rondleiding op de locatie vonden verschillende interviews plaats. Geïnterviewd zijn vertegenwoordigers van de directie van de locatie en van de tbs-kliniek. Daarnaast werd gesproken met personeelsleden, bewoners, stafleden en de commissie van toezicht.

Beide Inspecties hebben zich tijdens de interviews gericht op de voor hun relevante aandachtsgebieden.

Van de onderzoeken op de diverse locaties zijn deelverslagen met een weergave van de bevindingen opgemaakt. Deze deelverslagen zijn integraal in deze eindrapportage opgenomen.

⁴ Een voorbeeld van een bezoekprogramma is als bijlage 3 toegevoegd.

1.4 Toetsingskader

De Inspectie voor de Sanctietoepassing heeft voor het beantwoorden van de onder 1.2 genoemde vragen een toetsingskader⁵ gemaakt. Het toetsingskader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is afgeleid van de gezondheidszorgwetgeving en weergegeven in aandachtsgebieden⁶.

1.5 Recent onderzoek

Er is gezien de noviteit van deze wijze/ locatie van tenuitvoerlegging van de tbs nog geen eerder onderzoek voorhanden.

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming heeft op 31 januari 2006 een advies uitgebracht over haar visie op tbs behandeling in het gevangeniswezen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2005 een uitgebreid onderzoek gedaan in alle tbs-klinieken. De onderzoeksresultaten fungeren voor de IGZ als basismateriaal voor deze onderzoeksrunde.

⁵ Zie bijlage 1

⁶ Zie bijlage 2

2 Bevindingen

2.1 Algemeen

De tbs-voorzieningen in het gevangeniswezen moesten op korte termijn tot stand komen. In alle zes de locaties heeft de ISt vernomen dat de start misschien wel wat erg snel is geweest. Er moest veel geïmproviseerd worden. Tal van zaken waren nog niet goed geregeld; dat gebeurde pas gaandeweg, na de start van de voorziening.

Over het algemeen werd tevredenheid uitgesproken over de onderlinge samenwerking tussen tbs-kliniek en penitentiaire inrichting, en over de flexibiliteit waarmee problemen opgelost konden worden. In een enkel geval werd er juist over geklaagd dat aanloopproblemen zo moeizaam opgelost werden.

Het hoofdkantoor DJI (de sectordirectie tbs) heeft in de feitelijke totstandkoming van de voorzieningen nauwelijks een rol gespeeld. Van alle betrokkenen heeft de Inspectie vernomen dat geen randvoorwaarden geformuleerd zijn, en geen kaders of modellen aangereikt werden⁷.

De tbs klinieken hebben bij het inrichten van deze capaciteit onderling nauwelijks contact gehad. Van een gezamenlijke aanpak is geen sprake geweest. De locatiedirecteuren van de betreffende penitentiaire inrichtingen zijn één maal bij elkaar geweest. Ook hier was geen sprake van een gezamenlijke aanpak.

De tbs-voorzieningen in de penitentiaire inrichtingen zijn kleine eenheden, variërend van 10 tot 40 patiënten. Ze zijn voor verschillende functies en doelgroepen bestemd: opname, motivering, behandeling, illegale vreemdelingen, long-staypatiënten.

De eenheden zijn soms gehuisvest in een onderdeel van het gebouw dat niet herkenbaar is afgebakend van de rest van de PI, maar soms ook in een separate ruimte, fysiek gescheiden van de rest van de PI. In één geval (De Corridor) heeft de hele inrichting een tbs-bestemming gekregen. In Vught komt eind 2006 voor de long-stayeenheid een nieuw gebouw (met een eigen ingang) gereed.

⁷ De sectordirectie tbs geeft in haar weerwoord aan dat in de aanschrijving kaders geformuleerd zijn. Zij benoemt: het voldoen aan de huidige wet- en regelgeving, de kwaliteitswet zorginstellingen, de huidige beveiligingscriteria en het programma van eisen voor tijdelijke tbs-capaciteit. De sectordirectie verwijst in dit verband tevens naar een brief van 17 mei 2006 met betrekking tot het beheer van de tbs-capaciteit binnen penitentiaire inrichtingen, zowel in bestuurlijke als financiële zin.

De bewoners beschikken over een of twee voormalige cellen als eigen kamers. In de meeste inrichtingen zijn deze cellen of de gezamenlijke ruimtes wel aangepast teneinde wat meer de sfeer van een tbs-kliniek te benaderen. Degenen (personeel en patiënten) die zowel bekend zijn met een tbs-kliniek als met een van de nieuwe afdelingen in een PI zijn unaniem van oordeel dat de nieuwe voorziening gebouwendijk als beduidend minder gekwalificeerd moet worden dan de tbs-kliniek. De ruimtes zijn soberder, en de patiënten hebben er minder bewegingsvrijheid.

De werving van personeel voor de nieuwe afdelingen is heel verschillend verlopen. In sommige gevallen werd aan piw'ers de mogelijkheid geboden naar een nieuwe functie over te stappen, in andere niet. De getalsverhouding tussen voormalig piw'ers en ander personeel wisselt dan ook sterk. Ook de rechtspositionele basis verschilt: in sommige gevallen is het personeel in dienst van de PI gebleven en gedetacheerd bij de tbs-kliniek, in andere gevallen is overgegaan tot aanstelling bij de tbs-kliniek. Opvallend is dat met uiteenlopende functiebenamingen wordt gewerkt: piw'er, sociaal therapeutisch medewerker, forensisch psychiatrisch begeleider. Overall heeft het niet uit de tbs afkomstige personeel een aanvullende scholing gekregen en is voorzien in een stage in de moederkliniek. Het personeel blijft langer in dienst — d.w.z. de nachtdienst begint later (21.00 of 22.00 uur) — dan in de PI. Allerwegen wordt waardering uitgesproken voor de inzet en betrokkenheid van het personeel.

De bejegening door voormalige piw'ers wordt beschreven als directer dan die door uit de tbs afkomstige medewerkers. Voor sommige categorieën patiënten (zoals patiënten met motivatieproblemen) werkt dat naar de mening van veel geïnterviewden juist goed. Op alle locaties zijn zoveel mogelijk de regels en protocollen van de moederkliniek overgenomen. Waar nodig zijn de afwijkingen daarvan in afdelingsregels vastgelegd. De Ist heeft nergens geconstateerd of klachten vernomen dat de formele rechten van patiënten, zoals vastgelegd in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), in het gedrang komen. Wel is er een breed gedeelde opvatting dat de feitelijke bewegingsvrijheid van patiënten minder is dan in een tbs-kliniek. Patiënten die uit zo'n kliniek afkomstig zijn klagen dat zij vroeger

vrijelijk over het terrein van de kliniek konden lopen, en zich nu altijd onder begeleiding moeten verplaatsen.

Deels heeft dit te maken met het enkele feit dat de afdeling een onderdeel is van het grotere geheel van de PI. De beperkingen in de bewegingsvrijheid worden nog versterkt door het streven, contact tussen tbs-patiënten en gedetineerden te vermijden. Teneinde dit te bereiken - en dat lijkt goed te lukken - voorzien de dagroosters erin dat de patiënten op andere tijden gebruik maken van voorzieningen zoals de sportzaal en de bibliotheek dan de gedetineerden. Alleen de kerkdienst wordt op een aantal locaties gezamenlijk gehouden - maar dan is wel sprake van gescheiden groepen binnen dezelfde ruimte.

Vergeleken met de tbs-klinieken zijn ook de bezoekfaciliteiten en de in- en uitsluittijden minder gunstig. Bezoek kan op de meeste locaties niet op de eigen kamer ontvangen worden.

Door veel geïnterviewden wordt de cultuur op de nieuwe afdelingen als “meer beheersmatig” en “minder therapeutisch” omschreven.

Alle locaties worden bezocht door de commissie van toezicht van de moederkliniek.

De vertegenwoordiging van de afdeling in de bewonersraad van de kliniek is nog niet overal goed geregeld.

Op het punt van beveiliging overheersen de regels van de PI. In wisselende mate - de ene PI is daar soepeler in dan de andere - wordt wel tegemoet gekomen aan wensen van de tbs-kliniek. Zo zijn in een paar PI's de regels omtrent het invoeren van goederen versoepeld t.b.v. de tbs-afdeling. Ook de controle na bezoek is minder dan in de PI gebruikelijk.

In geval van een incident op de afdeling krijgt het personeel bijstand van collega's uit de PI, maar blijft de regie liggen bij de tbs-kliniek. Omgekeerd springen 's avonds, 's nachts en in de weekenden op sommige locaties de aanwezige personeelsleden van de tbs-afdeling in noodgevallen ook bij in de PI. Bij echte calamiteiten gaan de veiligheidsregels van de PI voor.

Indien jegens een patiënt een maatregel genomen moet worden ligt de beslissing daarover bij de kliniek, en niet bij de PI.

In het onderzoek kon de Ist geen beeld krijgen van de toepassing van het verlofbeleid, omdat zich nog slechts een enkel geval van (begeleid) verlof heeft voorgedaan.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert dat in geen enkele tbs voorziening een volledig behandel aanbod en/of zorgprogramma operationeel is. Zorgprogramma's voor longstaypatiënten met een persoonlijkheidsstoornis of een psychotische stoornis zijn in ontwikkeling of worden afgeleid van een al bestaand zorgprogramma van de moederkliniek. Zorgprogramma's voor patiënten met motivatieproblemen zijn in concept aanwezig of worden op basis van bestaande programma's opnieuw vormgegeven. Het zorgprogramma voor ongewenste vreemdelingen (Grittenveld) is niet afgestemd op de problematiek van de huidige patiëntenpopulatie en één locatie (Wolvenplein) heeft een geformaliseerd zorgprogramma maar had ten tijde van het toezicht nog geen patiënten.

In alle tbs voorzieningen wordt de medische zorg geregeld door de medische dienst van de penitentiaire inrichting. Over deze dienstverlening zijn goede - geformaliseerde- afspraken gemaakt en de uitvoering van de medische zorg verloopt naar tevredenheid, zowel binnen als buiten kantooruren. Alle tbs locaties maken tevens gebruik van de medicatievoorziening van de penitentiaire inrichting, waarbij de medische dienst de medicatie op de afdeling bezorgt en de medicatie door personeel van de afdeling wordt gedeeld.

Aangezien de medische dienst in een eigen registratiesysteem (Microhis) rapporteert en de behandelaren van de tbs voorziening in het systeem van de moederkliniek, kunnen afstemmings- en/of informatieproblemen ontstaan. Op korte termijn beschikken vijf van de zes tbs voorzieningen over een psychiater die een dienstverband heeft met de moederkliniek. De beschikbare uren variëren van 8 tot 24 uur per week. Eén voorziening (Grittenveld) maakt gebruik van een freelance psychiater.

Wegens gebrek aan verpleegkundig toezicht zijn drie voorzieningen niet in de gelegenheid binnen de afdeling geneeskundige handelingen onder dwang (i.c. toedienen van gedwongen medicatie) uit te voeren. In voorkomende gevallen wordt de patiënt overgeplaatst naar de moederkliniek. In de andere drie voorzieningen kunnen deze handelingen wel worden uitgevoerd, waarbij één voorziening (Vught) een beroep doet op verpleegkundigen van de medische dienst van de penitentiaire inrichting.

Alle tbs voorzieningen maken via een intranetverbinding gebruik van de richtlijnen en protocollen van de moederkliniek. Het protocollenbeleid is over het algemeen adequaat en procedures zijn werkbaar voor de medewerkers. Een aantal voorzieningen (i.c. de moederkliniek) heeft een begin gemaakt met het

beschrijven van risicovolle momenten tijdens het verblijf. Andere risicovolle momenten, zoals de overgang naar een andere voorziening of vervolgafdeling zijn nog niet beschreven.

Alle tbs voorzieningen beschikken over het systeem van de moederkliniek om incidenten die zich in de patiëntenzorg voordoen systematisch te melden (MIP meldingen). Vanwege het recente bestaan van de voorzieningen is nog geen zicht op de mate van terugkoppeling naar de medewerkers van de afhandeling van deze meldingen en mogelijke beleidsaanpassingen.

Het opleidingsniveau van de groepsbegeleiders (met verschillende functiebenamingen) is binnen en tussen de voorzieningen zeer divers. Veel personeel is afkomstig uit de penitentiaire inrichting en heeft niet of nauwelijks ervaring met behandeling. Hoewel de moederkliniek zorg draagt voor een scholingsprogramma is de deskundigheid op het gebied van de tbs-specifieke problematiek vooralsnog beperkt.

De behandelstaf is in alle voorzieningen multidisciplinair samengesteld, behandelbesprekingen vinden multidisciplinair plaats en alle disciplines zijn bij het opstellen van een behandelplan betrokken.

Vijf van de zes voorzieningen (behalve De Corridor) maken gebruik van de separeerruimten van de penitentiaire inrichting. Dit geeft over het algemeen logistieke problemen omdat patiënten naar een andere afdeling moeten worden gebracht, waarbij de route vaak lang is. Daarnaast is tijdens het vervoer van de patiënt de veiligheid van de patiënt en de medewerkers niet altijd optimaal gegarandeerd wegens smalle gangen, loshangende objecten en de mogelijkheid voor de patiënt om zich vast te klampen. Tevens laat de bescherming van de privacy van de patiënt vaak te wensen over wegens zicht door derden op de separeerroute.

Een andere complicatie bij het separeerbeleid is dat de verantwoordelijkheid en de mogelijkheden voor verzorgingsmomenten vaak gedeeld moeten worden met personeel van de penitentiaire inrichting. Bij de uitvoering van separaties is de verantwoordelijkheid van de psychiater (indien separatie noodzakelijk is ten gevolge van een psychiatrische stoornis) over het algemeen niet duidelijk geformuleerd. Tevens wordt onvoldoende gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de medische dienst van de PI in te schakelen bij het uitvoeren van somatische controles bij de gesepareerde patiënt.

2.2 Deelrapporten

2.2.1 PI Overmaze / FPC De Rooyse Wissel

Algemeen

De PI Overmaze heeft met betrekking tot de tbs-capaciteit een samenwerkingsverband met FPC De Rooyse Wissel in Venray. Momenteel huisvest de locatie Overmaze 10 patiënten op de afdeling opname/ behandeling (Aswan) en 10 patiënten op de longstay-afdeling (Gizeh). Op termijn is nieuwbouw voorzien. Dan zal de capaciteit 44 plaatsen betreffen (24 opname/behandeling en 20 longstay).

Beschrijving van de locatie

Het gebouw

De tbs-afdelingen in PI Overmaze zijn ondergebracht in een vleugel die volledig afgescheiden is van de rest van de penitentiaire inrichting. Deze vleugel van het gebouw was oorspronkelijk bedoeld voor het onderbrengen van een dependance van het Pieter Baan Centrum. Toen dat niet gerealiseerd werd heeft het dienst gedaan als vrouweninrichting. De vleugel heeft ruimtes voor o.a. arbeid, therapie en is in het midden voorzien van een binnentuin. Elke afdeling heeft een huiskamer en elke bewoner heeft een kleine cel/kamer ter beschikking. Aan het eind van de gang bevindt zich een afzonderingskamer. Deze kamer is identiek aan de andere kamers alleen volledig gestript van goederen. Een bewoner kan hier geplaatst worden indien een time out noodzakelijk geacht wordt. De twee tbs-afdelingen hebben ook de beschikking over twee separeerruimtes.

Het personeel

De formatie van het behandelend en begeleidend personeel bestaat onder andere uit:

Sociotherapeuten	23,22 fte waarvan 4 fte gedetacheerd vanuit de PI
Hoofd Sociotherapeutisch milieu	1 fte
Hoofd Behandeling	2 fte
Behandelrapporteur	1 fte

Het personeel werkzaam op de tbs-afdelingen van PI Overmaze heeft voorafgaand aan de opening een scholingsprogramma van een maand gevolgd. Dit programma omvatte theoretische onderdelen, teambuilding en trainingen verbale en fysieke agressiehantering. Daarnaast werd enkele dagen stage gelopen op een behandelafdeling van De Rooyse Wissel en in FPC Veldzicht.

Rechtspositie, bejegening en beveiliging

Rechtspositie en bejegening

Beide directies geven aan dat de penitentiaire inrichting in principe volledig aansluit bij wat in De Rooyse Wissel gebruikelijk is. Alle protocollen, programma's en regels zijn hetzelfde als in de tbs-kliniek. Voor de longstayafdeling is kennis gebruikt van FPC Veldzicht.

Alle activiteiten vinden gescheiden van gedetineerden plaats. Kerkbezoek vindt individueel plaats. Alle maatregelen ten aanzien van de patiënt worden genomen door het hoofd sociotherapeutisch milieu in samenspraak met het hoofd behandeling. De protocollen voor afzonderen en separeren zijn gelijk aan die in De Rooyse Wissel.

De tbs-gestelden worden, volgens directie en personeel, niet onderworpen aan beperkingen tengevolge van het GW-regime. Zo vinden bijv. urinecontroles en foullering conform de regelgeving van de kliniek plaats.

Met betrekking tot de bewegingsvrijheid vindt de directie dat de patiënt hier slechter zit dan in de kliniek.

Ook de geïnterviewde personeelsleden geven verschillen weer met de kliniek. Alle faciliteiten zijn daar immers voor handen, terwijl op deze locatie nog van alles georganiseerd moet worden en soms kost dat tijd. In het dagprogramma van de PI moet soms gezocht worden naar tijd en ruimte om bijv. transporten met de groep bewoners vorm te geven.

De geïnterviewde patiënten beschrijven de situatie in PI Overmaze als verre van ideaal. De longstay-patiënten zijn vanuit de kliniek van herkomst veel meer vrijheden gewend en ervaren de plaatsing in Maastricht als achteruitgang. Zo konden zij bijv. hun goederen vanuit de kliniek niet onderbrengen in de kamers omdat die te klein zijn. Bezoek vindt hier plaats in een aparte bezoekruimte en niet op de eigen kamer. De in- en uitsluitijden zijn anders. Met name in de

weekeinden is het avondprogramma korter. Er zijn minder ontspanningsmogelijkheden en alle begeleide verloven zijn stopgezet. Het meest mist men de ‘ruimte’, het even naar buiten lopen.

De patiënten van de opname/behandelafdeling vergelijken minder met een eerdere situatie of kliniek van herkomst. Zij vinden dat het te lang duurt voordat hun behandeling wordt opgestart. Verder zijn er klachten over praktische problemen. De post blijft te lang onderweg, met name in de weekenden als er weinig PI personeel is wordt de post niet doorgebracht naar de afdelingen. Men vindt de medicijnverstrekking en het reageren op belletjes traag. De telefoonkosten rijzen de pan uit, aldus betrokkenen. Men heeft over een aantal van deze zaken zijn beklag gedaan bij de commissie van toezicht.

De geïnterviewde staf gaf ook aan duidelijke verschillen te signaleren tussen de kliniek en de PI. In de kliniek ligt alles veel dichters bij elkaar. De patiënt kan hier niet zelf lopen naar de activiteiten. De veiligheid zit hier meer in het gebouw en de techniek.

De stafleden bevestigen dat de meeste patiënten nog geen behandelplan hebben. Het duurt 3 tot 6 maanden voordat het behandelplan klaar is. Het ligt in de bedoeling de patiënt daarna over te plaatsen naar Venray, voor de daadwerkelijke behandeling.

Beveiliging

De afdelingen in PI Overmaze functioneren volledig als tbs-kliniek. De directie van De Rooyse Wissel is verantwoordelijk voor de behandeling en de zorg. Ten aanzien van de beveiliging is de tbs leidend. De penitentiaire inrichting volgt de wensen en mogelijkheden van de tbs-kliniek. Alleen bij een calamiteit kan het belang van de PI alles overrulen. Personeel van de tbs hoeft geen bijstand te verlenen bij calamiteiten, maar de calamiteit kan bijv. wel betekenen dat de patiënten moeten worden ingesloten.

Het tbs-personeel blijft 's avonds tot 22.00 uur in dienst en draagt dan de bijzonderheden over aan de nachtdienst, die bestaat uit twee piw'ers en bewa's. De directie van de PI is geconsigneerd (eerste aanspreekpunt), terwijl de directieleden van De Rooyse Wissel als achterwacht fungeren.

Zorg voor de patiënten

Zorgaanbod en zorgprogrammering

Afdeling Aswan, oorspronkelijk bedoeld als behandelafdeling, fungeert binnen de PI Overmaze als één van de opnameafdelingen van FPC De Rooyse Wissel. Hier vindt het opnameprogramma plaats dat gelijk moet worden aan het programma van de opnameafdelingen in de kliniek. Volgens de behandel filosofie van de afdeling behoren nieuw opgenomen patiënten na drie maanden het opnameprogramma te hebben doorlopen en dient een behandelplan te zijn opgesteld, waarin onder andere een advies voor een vervolgafdeling. Volgens het hoofd behandeling kan de duur van het verblijf op de opnameafdeling worden verlengd tot 6 maanden. Dit beleid is echter niet geformaliseerd binnen de afdelingsbeschrijving. Daarnaast bestaat het risico dat patiënten met een vervolgadvis, wegens capaciteitsproblemen elders, niet tijdig in een vervolgvoorziening of -afdeling kunnen worden geplaatst, waardoor hospitalisatie en/of achteruitgang dreigt. Participerend beleid over deze problematiek ontbreekt.

De opnameafdeling verzorgt de diagnostische fase, met als beoogd eindproduct de indicatie voor het te volgen zorgprogramma. Voor het verblijf op de afdeling zijn begin- en eindtermen geformuleerd.

De patiënten waarmee tijdens het toezichtbezoek is gesproken en drie maanden of langer op de opnameafdeling verblijven geven aan geen behandelplan te hebben of te kennen. Volgens de stafleden wordt echter wel degelijk bij elke patiënt naar een behandelplan toegewerkt, maar treedt enige vertraging op wegens het recente bestaan van de afdeling.

Binnen afdeling Gizeh verblijven patiënten die zijn aangewezen op langdurige zorg. Bij deze patiënten is sprake van een hoge beveiligingsnoodzaak in combinatie met een lage zorgbehoefte. Aangezien De Rooyse Wissel geen ervaring met longstay patiënten als aparte groep heeft kan afdeling Gizeh nog niet beschikken over een longstay zorgprogramma van deze instelling. Het zorgaanbod is in ontwikkeling en is geënt op het zorgprogramma van tbs-kliniek Veldzicht. Medewerkers van Gizeh krijgen de gelegenheid stage te lopen bij Veldzicht. Voor het verblijf op de afdeling zijn wel begin- en eindtermen geformuleerd.

Medische en psychiatrische zorg

De tbs-afdelingen maken binnen kantooruren gebruik van de medische dienst van PI Overmaze. De toegeleiding naar de verpleegkundigen van de medische dienst gebeurt door de sociotherapeuten veelal telefonisch. Daarnaast bezoekt de verpleegkundige tweemaal daags de afdelingen. De medische voorgeschiedenis wordt geregistreerd in Microhis, evenals de verpleegkundige aantekeningen en de consulten van de inrichtingsarts. De consulten van de psychiater worden echter geregistreerd in het geautomatiseerd systeem van de Rooyse Wissel. Mogelijk dat deze verschillende systemen voor afstemmingsproblemen kunnen leiden.

De psychiatrische zorg, binnen en buiten kantoor tijden wordt gewaarborgd door psychiaters van De Rooyse Wissel. Per 1 juni 2006 treedt een psychiater van de forensich psychiatrische dienst in dienst van de tbs afdelingen van PI Overmaze. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van een arts buiten kantoor tijden is geregeld met de huisartsen van PI Limburg Zuid.

Volgens behandelaren en managers is het mogelijk binnen de tbs-afdelingen geneeskundige handelingen onder dwang uit te voeren (i.c. gedwongen medicatietoediening). Het noodzakelijke verpleegkundig toezicht kan worden uitgevoerd door verpleegkundigen die als sociotherapeut werkzaam zijn. Na het einde van de diensttijd (22.00 uur) zou in voorkomende gevallen een beroep kunnen worden gedaan op verpleegkundigen van De Rooyse Wissel.

Patiëntveiligheid

De richtlijnen en protocollen van De Rooyse Wissel zijn ook van toepassing voor de tbs locaties in PI Overmaze en toegankelijk via een intranetverbinding. In het protocollenbeleid is opgenomen welke procedure wordt gevolgd, wie de protocollen beheert, waar deze kunnen worden teruggevonden en hoe protocollen worden geïmplementeerd. De afdelingen Aswan en Gizeh beschikken over hiervan afgeleide afdelingsdocumenten.

Hierin is tevens een begin gemaakt met het beschrijven van risicovolle momenten tijdens het verblijf. Voorbeelden zijn het verblijf in een separeer en het toedienen van (gedwongen) medicatie. Andere risicovolle momenten, zoals de overgang van de opnameafdeling naar een vervolgafdeling zijn nog niet beschreven.

Personeel van beide afdelingen kan voor MIP (meldingen incidenten patiëntenzorg) meldingen gebruik maken van het geautomatiseerd meldingssysteem van De Rooyse Wissel. Volgens de sociotherapeuten wordt

weliswaar gemeld, maar is nog niet iedereen op de hoogte van de wijze van melden en van de noodzaak tot melden.

Personeel, samenwerking en dossiervoering

De sociotherapeuten hebben een diverse achtergrond en een aantal is hoog opgeleid (universitair: geestelijke gezondheidskundige; HBO verpleegkundigen). De afdelingen streven ernaar personeel aan te trekken met minimaal een MBO opleiding. Alle sociotherapeuten zonder tbs ervaringen hebben een uitgebreid inwerkprogramma doorlopen. Er is voorzien in verdere scholing (o.a. op gebied van persoonlijkheidsstoornissen en cognitieve gedragstherapie).

De behandelstaf is multidisciplinair samengesteld, behandelbesprekingen vinden multidisciplinair plaats en alle disciplines zijn bij het opstellen van een behandelplan betrokken.

Het personeel van Aswan en Gizeh en de behandelstaf rapporteren in het elektronisch patiëntendossier zoals dat in De Rooyse Wissel wordt gebruikt.

Separatiebeleid

Het separatiebeleid van de afdelingen Aswan en Gizeh is vastgelegd en maakt onderdeel uit van het Midden en Maatregelenbeleid van De Rooyse Wissel. Dit beleid is gebaseerd op uitgangspunten van de reguliere intramurale geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor zijn garanties ingebouwd om de veiligheid en de gezondheid van de patiënt tijdens het verblijf in een separeerruimte te waarborgen. Een punt van aandacht is echter de rol en functie van de medische dienst bij separaties. Deze dienst valt onder de PI Overmaze en uit het toezichtbezoek blijkt dat er geen duidelijke procedure is om de medische dienst bij separaties te informeren, terwijl controle op vitale functies en andere somatische voorzorgen opgenomen zijn in het protocol.

Beide afdelingen beschikken gezamenlijk over twee separeerruimten. De route naar deze ruimten is kort en buiten het zicht van de PI. De separeerruimten zijn echter niet volledig veilig ingericht (zoals te lage plafond, scherpe hoeken, geen verduisteringsmogelijkheid). Dit geldt ook voor de sanitaire ruimte waar bijvoorbeeld een doucheslang en het ontbreken van een thermostatisch geregelde kraan voor gevaar kunnen zorgen. Zeker tegen de achtergrond dat het separeerbeleid is gebaseerd op de reguliere geestelijke gezondheidszorg, zou bij nieuwbouw de eisen die het College Bouw Zorginstellingen ten aanzien van deze ruimten stelt als uitgangspunt kunnen dienen.

Medicatiebeleid

De tbs-afdelingen maken gebruik van de medicatievoorziening van PI Overmaze. De medicatie (volgens Baxter systeem⁸) wordt door de verpleegkundige van de medische dienst naar de afdelingen gebracht en de medicatie wordt gedeeld door de sociotherapeuten. De medicatie wordt onder toezicht verstrekt en wordt daarna afgetekend. De ‘zonodige medicatie’ wordt op de afdeling bewaard en op vraag door de nachtdienst verstrekt.

Tbs en GW regime

De Ist heeft geconstateerd dat beide regimes los van elkaar vorm gegeven worden. Op de rechten die de Bvt toekent worden geen inbreuken gemaakt als gevolg van het GW-regime.

Wel constateert de Ist dat de bewegingsvrijheid van de patiënt beperkter is dan in de kliniek. Ook moet op de locatie meer rondom faciliteiten georganiseerd worden, terwijl die in de kliniek voor handen zijn.

De ervaringen met de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen zijn volgens de directie van De Rooyse Wissel nog niet uitgekristalliseerd. Volgens hen zou je niet alle patiënten hier moeten plaatsen. De locatie lijkt het meest geschikt als “opname” afdeling.

Beide directies geven aan dat de rol van de sectordirectie tbs van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) bij de opstart van de tbs-trajecten binnen het gevangeniswezen beperkt was. Tijdgebrek was hiervan de belangrijkste oorzaak. Met name de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten opzichte van de patiënt heeft geleid tot verschillende keuzes op de diverse locaties.

Tussen de tbs-klinieken Veldzicht en De Rooyse Wissel zijn contacten geweest over de inrichting van de specifieke motivatie afdeling. De kliniek Veldzicht heeft de beschikking over alle inhoudelijke documentatie die in FPC De Rooyse Wissel ontwikkeld is.

Beide directies benadrukken dat de samenwerking tussen de PI en de kliniek op deze locatie goed verloopt.

⁸ Bij het Baxtersysteem wordt de medicatie per patiënt en per verstrekkingstijdstip door de apotheek in afzonderlijke zakjes aangeleverd, met vermelding van datum, naam, medicatie en tijdstip op het zakje.

De directie van De Rooyse Wissel geeft nog aan dat zij kampt met een praktisch probleem. Als particuliere kliniek ervaart zij het als moeilijk om binnen de PI te moeten werken met de Rijksgebouwen dienst om de noodzakelijke verbouwingen tot stand te brengen.

Conclusies

Uit de interviews is niet gebleken dat inbreuk gemaakt wordt op de rechten die de Bvt de patiënt toekent. De Ist constateert wel dat het gebouw zijn beperkingen kent. Dit zal naar verwachting vooral in de bewegingsvrijheid van de patiënt en in de verminderde nabijheid van allerlei kliniekvoorzieningen tot uitdrukking komen. De IGZ constateert dat de basis is gelegd voor verantwoorde diagnostiek en longstay-zorgaanbod, maar dat de daadwerkelijke doelmatigheid en effectiviteit nog moet blijken.

2.2.2 De Corridor / Pompestichting

Algemeen

De Corridor, onderdeel van de PI Noord Brabant Noord, heeft in de loop van de jaren verschillende bestemmingen gehad; laatstelijk was het een inrichting voor jongvolwassenen (jovo's). Nu is het gebouw geheel beschikbaar voor een tbs-afdeling waarvoor de Pompestichting de inhoudelijke verantwoordelijkheid draagt.

De overgang naar de tbs-voorziening is met veel improvisatie begonnen. In onderwerpen als de begroting of een samenwerkingsconvenant was niet vooraf voorzien, die worden pas nu alsnog geregeld. Ook worden herziene versies van een aantal protocollen opgesteld. Volgens betrokkenen verloopt de onderlinge samenwerking goed en zijn er dankzij de flexibele houding van PI en Pompestichting, geen grote problemen ontstaan.

De Corridor heeft een capaciteit van 40 long-stayplaatsen, waarvan er ten tijde van het onderzoek 30 bezet waren. Een deel van het gebouw is voor psychotici bestemd, een ander deel voor persoonlijkheidsgestoorden.

Beschrijving van de locatie

Het gebouw

Het gebouw is opgedeeld in paviljoens voor vijf bewoners, die elk een door een laag hek omgeven luchtruimte hebben.

In 2008 komt nieuwbouw met een capaciteit van 88 plaatsen gereed.

Elke patiënt heeft de beschikking over twee voormalige cellen, die als slaap- en woonkamer gebruikt kunnen worden. Veel patiënten blijken echter in de praktijk zich te beperken tot één kamer, en gebruiken de andere ruimte b.v. voor opslag.

Op een van beide kamers bevindt zich een mobiele WC. De indeling van de ruimte is zodanig dat het gebruik ervan zonder enige privacy geschiedt.

Er zijn klachten over de ventilatie in het gebouw.

De Corridor beschikt over goede werkruimtes.

Het personeel

De formatie van het behandelend en begeleidend personeel bestaat onder andere uit:

Zorgmanager	2 fte
Forensisch psychiatrisch begeleider	48 fte
Behandelcoördinator	2 fte
Psychiater	0,4 fte

De medewerkers van de voormalige jovo-inrichting konden solliciteren naar een functie in de tbs-afdeling. Zij bezetten driekwart van de plaatsen; 25 % van de medewerkers is afkomstig van de Pompestichting.

's Nachts zijn drie bewaarder/portiers (bewa's) en een forensisch psychiatrisch begeleider (fpb'er) in de inrichting aanwezig.

De voormalige piw'ers hebben drie weken stage gelopen in de long-stayafdeling op het terrein van de Pompestichting (het Kempehuis⁹), en een week scholing gekregen.

Sinds kort bestaat de mogelijkheid van inter- of supervisie.

In de teams wordt onder leiding van een personeelsbegeleider aandacht besteed aan de zorg.

⁹ Dit is de longstayafdeling van de Pompestichting in Nijmegen.

Elke dag wordt een ochtendberaad gehouden.

De overgang naar de tbs heeft voor het personeel (vooral ook voor de bewa's) een aanzienlijke verandering betekend. Daarbij wordt geconstateerd dat de voormalige piw'ers de neiging hebben directer en confronterender op te treden dan degenen die gewend waren te werken in de meer therapeutische setting van een tbs-kliniek. Voor een deel van de patiënten wordt dit alleen maar als een voordeel gezien.

De Corridor heeft een eigen inrichtingsarts. Voor de avonden en nachten en het weekend wordt gebruik gemaakt van de huisartsenpost in Uden.

Voor De Corridor en de tbs-locatie in Vught gezamenlijk is een fulltime psychiater beschikbaar.

In voorkomende gevallen wordt een consult van een aan de Pompestichting verbonden psychiater gevraagd. Indien geïndiceerd kan ook psychotherapie bij de Pompestichting ingehuurd worden.

Rechtspositie, bejegening en beveiliging

Rechtspositie en bejegening

De rechten van de patiënten krijgen op dezelfde manier vorm als in de Pompestichting. In beginsel gelden dezelfde huisregels; de paar uitzonderingen die daarop gemaakt zijn liggen vast in de afdelingsregels.

Geestelijke verzorging is op ad-hoc basis beschikbaar via de Pompestichting. Patiënten kunnen een gesprek hebben met humanistisch raadsman of imam (een dominee of pastor waren ten tijde van het onderzoek niet beschikbaar), maar kunnen niet deelnemen aan een kerkdienst.

De kliniek probeert "de samenleving binnen te halen" door het organiseren van activiteiten voor de patiënten.

De patiënten met wie de ISt gesproken heeft waren in meerderheid positief over de omgang met het personeel. Zij vinden de onderlinge communicatie beter dan in de kliniek. Naar de indruk van de ISt heeft dat te maken met de hiervoor gesignaleerde directere aanpak van ex-piw'ers.

Op een aantal punten is er wel kritiek: het feit dat kerkbezoek niet mogelijk is, en er geen sociaal-cultureel werk is. Wel zijn er veel mogelijkheden voor sportbeoefening. De mogelijkheden voor het volgen (voor sommigen: het voortzetten) van onderwijs daarentegen zijn beperkt.

Er werden in het interview met de patiënten een paar specifieke klachten genoemd, zoals het feit dat uit de vorige kliniek meegenomen bagage nog steeds in de opslag lag.

De patiënten zijn vertegenwoordigd in de bewonersraad van het Kempehuis van de Pompestichting.

Beveiliging

De locatieverantwoordelijken noemen drie voor de veiligheid belangrijke onderwerpen: de relatie met de patiënten, het volgen van de patiënten en het screenen van bezoek.

Urinecontroles worden regelmatig gehouden (standaard bij binnenkomst), evenals kamerinspecties (die niet alleen op veiligheid maar ook op hygiëne gericht zijn). Het personeel is met de daarvoor opgestelde protocollen — overgenomen van het Kempehuis - bekend.

Bezoek kan op de kamer plaatsvinden. Na afloop wordt de bewoner niet gefouilleerd of gevisiteerd.

Kort voor het uitvoeren van de inspectie werd via een TV-uitzending een zwakke plek in de beveiliging gesignaleerd: gedetineerden van de naastgelegen (buiten de hekken van de kliniek gevestigde) Zeer Beperkt Beveiligde Inrichting De Marstal konden zonder gefouilleerd of gedetecteerd te worden werken in De Corridor (schoonmaker en keukenhulp) en zouden daarbij ook contrabande mee kunnen nemen. Nu hebben de bewoners van De Marstal geen toegang meer tot De Corridor.

Verlofaanvragen zijn nog niet aan de orde geweest. Volgens de directie van de Corridor is met het hoofdkantoor afgesproken dat de eerste zeven maanden na plaatsing geen verlof verleend wordt, daarna wordt het mogelijk om een vorm van begeleid verlof aan te vragen.

Door de patiënten worden de veiligheidsmaatregelen als te streng gezien. Voor sommige patiënten heeft plaatsing in De Corridor een aanzienlijke achteruitgang betekend: in de kliniek waar zij voorheen verbleven mochten zij b.v. vrijelijk over het terrein lopen, en nu mogen zij niet onbegeleid van hun

afdeling af. Zij hebben te horen gekregen dat meer vrijheden mogelijk zullen zijn als de buitenbeveiliging van de inrichting verbeterd is¹⁰.

Als ten aanzien van een patiënt een maatregel genomen moet worden, gebeurt dat door de unitdirecteur van De Corridor, die fungeert als hoofd van dienst. In de nachtdienst wordt voor het nemen van beslissingen teruggevallen op de Pompestichting, en niet op de PI Noord Brabant Noord.

Zorg voor de patiënten

Zorgaanbod en zorgprogrammering

Van de beoogde 40 longstayplaatsen, 30 voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en 10 voor patiënten met een psychotische stoornis, zijn 30 bezet. De praktijk wijst nu uit dat de oorspronkelijk voorziene verhouding van 30 en 10 patiënten niet klopt: van de 30 opgenomen patiënten hebben 20 een psychotische stoornis en 10 een persoonlijkheidsstoornis. Uiteindelijk moeten acht leefgroepen met elk vijf patiënten worden gerealiseerd. Sinds januari 2006 worden patiënten opgenomen en het behandelaanbod groeit gestaag maar is nog niet geformaliseerd in een operationeel zorgprogramma. Het zorgprogramma voor langdurige forensische zorg van het Kempehuis van de Pompestichting wordt aangepast aan de situatie in de tbs-afdeling in PI Vught en vervolgens omschreven naar de situatie in de Corridor. Deze laatste transitie vraagt de nodige aanpassingen van het zorgprogramma omdat het oorspronkelijk is geschreven voor patiënten met een chronische persoonlijkheidsstoornis. Voor de groep kwetsbare patiënten met een psychotische stoornis die meer intensieve (psychiatrische) begeleiding en/of behandeling nodig hebben zijn nog geen uitgangspunten voor het zorgprogramma geformuleerd. Deze patiënten verblijven in een sobere en sombere woon- en leefomgeving. Dit is enerzijds prikkelarm, maar anderzijds nauwelijks uitnodigend of stimulerend om zaken te ondernemen. De stafleden willen vooral een behandelklimaat realiseren waarbij de behandeling niet primair gericht is op resocialisatie, maar wel op het behandelen van de stoornis. Individuele psychotherapie gaat tot het behandelaanbod behoren.

¹⁰ De directie heeft laten weten dat inmiddels de aard en de mogelijkheden van vrij verkeer op het terrein per persoon in de verpleeg- en behandelplannen wordt geformuleerd.

Medische en psychiatrische zorg

De Corridor maakt binnen kantooruren gebruik van de medische dienst van PI Noord-Brabant Noord. De huisartsenzorg buiten kantoor tijden wordt gewaarborgd door de huisartsenpost in Uden. De toegeleiding naar de verpleegkundigen van de medische dienst gebeurt door de forensisch psychiatrische begeleiders door middel van een briefje, telefonisch of per E-mail.

De medische voorgeschiedenis wordt geregistreerd in Microhis, evenals de verpleegkundige aantekeningen en de consulten van de inrichtingsarts. De consulten van de arts-assistent/psychiater worden echter geregistreerd in het systeem van de Pompestichting. Mogelijk dat deze verschillende systemen voor afstemmingsproblemen kunnen leiden.

Psychiatrische consulten worden uitgevoerd door een arts-assistent psychiatrie van de Pompestichting onder supervisie van een psychiater. Op korte termijn kan de Corridor samen met de tbs afdelingen in de PI Vught beschikken over een fulltime aangestelde psychiater van Duitse afkomst (in Nederland BIG-geregistreerd). Hoe de psychiaters over beide locaties worden verdeeld is nog niet besloten. De bereikbaarheid en de beschikbaarheid van een psychiater buiten kantoor tijden is geregeld met de dienstdoende psychiaters van de Pompestichting.

Het is niet mogelijk binnen de Corridor geneeskundige handelingen onder dwang (i.c. gedwongen medicatietoediening) uit te voeren. Er zijn maar twee verpleegkundigen als forensisch psychiatrisch begeleider werkzaam en zodoende ontbreekt het aan voldoende verpleegkundig personeel om verantwoord toezicht te waarborgen. In voorkomende gevallen wordt de patiënt vervoerd naar de Pompestichting. Dit wordt door de behandelaren als een onwenselijke situatie gezien en zij zijn van mening dat het in de toekomst mogelijk moet zijn ook binnen de Corridor geneeskundige handelingen onder dwang uit te voeren. Hiertoe zal bij het aantrekken van nieuw personeel vooral worden gezocht naar A/B verpleegkundigen.

Patiëntveiligheid

De richtlijnen en protocollen van de Pompestichting zijn ook van toepassing voor de Corridor en toegankelijk via een intranetverbinding. In het protocollenbeleid is opgenomen welke procedure wordt gevolgd, wie de protocollen beheert, waar deze kunnen worden teruggevonden en hoe protocollen worden geïmplementeerd. Hierin is tevens een begin gemaakt met

het beschrijven van risicovolle momenten tijdens het verblijf, bijvoorbeeld het verblijf in een separeer.

Personeel van de Corridor kan voor MIP (meldingen incidenten patiëntenzorg) meldingen gebruik maken van het geautomatiseerd meldingsysteem van de Pompestichting. Volgens de forensisch psychiatrische begeleiders en de bewaarders wordt in voorkomende gevallen van dit systeem gebruik gemaakt. Terugkoppeling van bevindingen van de MIP commissie is, vanwege het recente bestaan van de Corridor, nog niet aan de orde geweest.

Informatie van de kwaliteitscommissies, in het bijzonder van de MIP-commissie, kan bijdragen aan risicodetectie, waardoor risico's op gezondheidsschade scherper in beeld kunnen worden gebracht. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid blijft het noodzakelijk dat de organisatie het proces en de inhoud van de zorg zodanig expliciteert en analyseert dat duidelijk wordt op welke punten risico's op gezondheidsschade gelopen worden.

Personeel, samenwerking en dossiervoering

De forensisch psychiatrische begeleiders hebben een diverse achtergrond en zijn veelal MBO of HBO opgeleid. Zij zijn verantwoordelijk voor het functioneren van de leefgroepen. De bewaarders zijn nadrukkelijk niet bij de inhoud van het afdelingprogramma betrokken.

De behandelstaf is multidisciplinair samengesteld, behandelbesprekingen vinden multidisciplinair plaats en alle disciplines zijn bij het opstellen van een behandelplan betrokken. Elke ochtend vindt gezamenlijk overleg plaats.

Het personeel van de Corridor rapporteert in een papieren dossier. De Pompestichting ontwikkelt een elektronisch patiëntendossier.

Separatiebeleid

Voor het separeren van een patiënt zijn werkinstructies aanwezig. Deze instructies zijn gebaseerd op het beleid van de Pompestichting. De zorgmanager en het hoofd van dienst beslissen over de noodzaak tot separatie en de forensisch psychiatrisch begeleiders, bijgestaan door bewaarders voeren de separatie uit. De begeleiding van de patiënt in de separeer wordt door de forensisch psychiatrisch begeleiders van de plaatsende unit gedaan. De werkinstructies voorzien in garanties om de veiligheid en de gezondheid van de patiënt tijdens het verblijf in een separeerruimte te waarborgen.

Een punt van aandacht is echter de rol van de psychiater en de functie van de medische dienst bij separaties. De werkwijze maakt geen onderscheid tussen separeren enkel om de orde en veiligheid te waarborgen en separaties van

patiënten die gevaar veroorzaken voortkomend uit hun geestelijke stoornis. Bij deze laatste groep zou indicatiestelling om te separeren door een psychiater zijn aangewezen. De medische dienst van de PI kan een dienstverlenende functie hebben ter controle op vitale functies en bij het nemen van andere somatische voorzorgen.

De Corridor beschikt over een aantal separeerruimten die voldoende garanties kunnen bieden op een veilig verblijf in deze ruimten. De route die bij separatie moet worden gevolgd is echter lang en de lage gangen met traliewerk aan de zijkanten bieden mogelijkheden voor de patiënt om zich hieraan vast te grijpen waardoor risicovolle situaties kunnen ontstaan voor de patiënt en voor het personeel.

Medicatiebeleid

De Corridor maakt gebruik van de medicatievoorziening van PI Noord-Brabant Noord. De medicatie wordt door de apotheker niet volgens het Baxter systeem afgeleverd. Dit is in strijd met de richtlijnen van DJI zoals vastgelegd in het Handboek Modernisering Medicatie Voorziening.

De medicatie wordt door de verpleegkundige van de medische dienst naar de afdeling gebracht en de medicatie wordt gedeeld door de forensisch psychiatrisch begeleiders. De medicatie wordt onder toezicht verstrekt en wordt daarna afgetekend.

Medicatiefouten kunnen worden geregistreerd in het MITS systeem.

Tbs- en GW-regime

Omdat De Corridor in z'n geheel een tbs-bestemming heeft gekregen, is er geen sprake van interferentie tussen regels van het tbs- en het gevangeniswezenregime.

Conclusies

De Ist heeft geen inbreuken vastgesteld op de rechten die de Bvt aan patiënten toekent.

Wel kan de kanttekening gemaakt worden dat in verhouding tot de Pompekliniek De Corridor een sobere voorziening is. De IGZ constateert dat voortvarendheid nodig is om het zorg- en behandelaanbod uit te breiden, omdat de praktijk uitwijst dat vooral patiënten met een psychotische stoornis worden opgenomen.

2.2.3 PI Vught / Pompestichting

Algemeen

De PI Vught heeft met betrekking tot de tbs-capaciteit een samenwerkingsverband met de Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting in Nijmegen. De PI Vught heeft twee afdelingen waar tbs-capaciteit wordt ondergebracht. Een afdeling/unit heeft 22 longstayplaatsen waarvan er ten tijde van het bezoek van de Inspecties 17 bezet waren. De andere afdeling heeft 24 plaatsen voor opname/ behandeling.

Beschrijving van de locatie

Het gebouw

De longstayafdeling is tijdelijk gehuisvest in unit 2 van het Vughtse penitentiaire complex.

De patiënten verblijven in kleine groepen (max. 6 personen) en hebben op hun afdeling de beschikking over een aparte woon- en slaapkamer. Verder is er een gezamenlijke huiskamer en zijn er kleine ruimtes ingericht voor arbeid en creativiteit. De patio waarover de patiënten kunnen beschikken is niet al te groot en vanwege de bouwactiviteiten geheel afgezet met golfplaten. Per dienst zijn 2 sociotherapeutisch medewerkers (stm'ers) op de afdeling aanwezig. Voor deze groep patiënten vindt nieuwbouw plaats op het terrein van de PI. Naar verwachting is de bouw in december 2006 gereed. De capaciteit bedraagt dan 48 plaatsen. De nieuwe voorziening zal volledig los van het penitentiaire complex gaan functioneren. Het gebouw krijgt een eigen ingang. Volgens het personeel van de longstayafdeling worden de patiënten intensief betrokken bij de nieuwbouw en de inrichting van het gebouw.

Op 1 april 2005 is in Vught op unit 6, afdeling F, gestart met een pilot (12 plaatsen) voor behandeling van tbs-ers in het gevangeniswezen. Dit vond plaats vanuit de gedachte dat een groep persoonlijkheidsgestoorde tbs-ers met een hard profiel (hoge PCL-score) goed behandeld zou kunnen worden binnen de meer op structuur en beheersing gerichte setting van een penitentiaire inrichting. De patiënten komen vaak rechtstreeks uit het gevangeniswezen. Met ingang van 1 januari 2006 is de tbs-capaciteit op unit 6, afdeling E, uitgebreid met 12 plaatsen voor meer kwetsbare (vaak voor een zedendelict veroordeelde) patiënten.

De afdelingen zijn licht en ruim van opzet. De bewoners hebben een kamer en de afdeling heeft een grote leef- annex eetruimte. Beide afdelingen hebben een grote binnentuin waar men vrij in en uit kan lopen. De patiënten kunnen beschikken over aparte bezoekruimtes, die sfeervol zijn ingericht en waar zij twee uur per week zonder toezicht bezoek kunnen ontvangen. Op beide afdelingen (6E en 6F) werken 3 socio-therapeutisch medewerkers per dienst.

Het personeel

De formatie van het behandelend en begeleidend personeel bestaat onder andere uit:

PIW/ groepsleiding	46 fte
Middenkader exec.	3 fte
Behandelcoördinator	2 fte
Psychiater	0,75 fte

Het personeel op de afdelingen is speciaal geselecteerd uit de piw/groepsleiding formatie van PI Vught. Het personeel is uitgeleend aan de Pompestichting, maar blijft officieel in dienst van PI Vught. Op de longstayafdeling werken naast de voormalige piw-ers twee socio-therapeutisch medewerkers uit het Kempehuis.¹¹ Het personeel op de afdelingen 6E en 6F is allemaal voormalig piw'er. Het PI-personeel heeft stage gelopen in de kliniek. Men heeft ook les gekregen in een meer theoretisch kader. De behandelcoördinator geeft nu nog steeds klinische lessen en er vindt intervisie plaats met medewerkers van afdelingen van de Pompestichting.

Rechtspositie, bejegening en beveiliging

Rechtspositie en bejegening

De bewoners kunnen van alle faciliteiten van het Vughtse complex gebruik maken. Dit wordt zodanig gepland dat alle activiteiten plaatsvinden gescheiden van gedetineerden. Alleen de kerkdienst vindt voor de bewoners van afdeling 6E en 6F gezamenlijk met gedetineerden plaats. Het personeel zorgt dan voor een scheiding tussen beide groepen.

¹¹ De longstayafdeling van de Pompestichting in Nijmegen

Volgens de directie van de PI zijn de rechten van de patiënten gewaarborgd. De huisregels van de Pompestichting zijn integraal van toepassing, op een kleine uitzondering na. Zo mag de bewoner in Vught bijv. geen contant geld bij zich dragen. Ook ten aanzien van mediadragers zijn de mogelijkheden in Vught beperkter dan in het Kempehuis.

Alle activiteiten vinden hier plaats onder begeleiding van het personeel. De regelgeving van de PI bepaalt op bepaalde momenten de dagprogrammering van de tbs-afdelingen. Zo worden de in- en uitsluitijden voor de bewoners bepaald door de PI. Met name in de weekeinden betekent dit dat het dagprogramma om 18.00 uur eindigt en de bewoners vanaf dat moment ingesloten worden. Voor de longstayafdeling kan dit in de nieuwbouw gaan veranderen als het personeel zijn eigen toegang heeft.

De geïnterviewde bewoners geven aan dat het personeel hier erg toegankelijk is, meer dan in de kliniek. In de kliniek hangt meer een behandelcultuur, hier zijn de contacten directer.

De bewoners van met name de longstayafdeling vinden hun bewegingsvrijheid zeer beperkt. Zij zetten dit af tegen de vrijheden die zij in andere klinieken genoten. De bewegingen vinden hier alle plaats onder begeleiding van het personeel. De patio wordt betiteld als 'niet uitnodigend'.

De staf geeft aan dat alle bewoners een verplegings- of behandelplan hebben. Periodiek vinden multi-disciplinaire behandelbesprekingen plaats.

Beveiliging

De geïnterviewde personeelsleden geven aan dat in de afweging tussen veiligheid en bejegening vooral wordt gekeken naar de mogelijkheden van de bewoners. Zo kunnen enkele bewoners sinds kort in de complexwinkel werken waar de boxen met aankopen voor gedetineerden klaargemaakt worden. Ook het bedrag dat de tbs-er maximaal mag besteden in de winkel is, in afwijking van de gedetineerden, opgehoogd.

Toch vinden de bewoners een aantal zaken slechter geregeld dan in de klinieken. Post ontvangen van postorderbedrijven kan hier niet zomaar. Pc's mochten in eerste instantie niet op de kamer (ISt: beleid is recentelijk bijgesteld). De bewoners geven aan dat hun bezoek streng benaderd en gefouilleerd wordt door de beveiliging. Na ieder bezoek worden zij zelf gevisiteerd. Navraag bij zowel de staf als de commissie van toezicht heeft dit laatste overigens niet bevestigd.

De bewoners worden overal strikt gescheiden van de gedetineerden. De bewoners ervaren dit als prettig. Zo vindt er geen drugsbesmetting plaats en wordt men niet geconfronteerd met scheve gezichten over de ruimere mate van vrijheid van de tbs-er.

Zorg voor de patiënten

Zorgaanbod en zorgprogrammering

Het behandel- en begeleidingsaanbod voor de longstay patiënten groeit gestaag maar is nog niet geformaliseerd in een operationeel zorgprogramma. Het zorgprogramma voor langdurige forensische zorg van het Kempehuis van de Pompestichting wordt aangepast aan de situatie in de tbs-afdeling in PI Vught en is in concept voorhanden. Er is nog geen datum bekend wanneer het programma definitief wordt vastgesteld en geïmplementeerd. De sociotherapeutische medewerkers van de longstayvoorziening zijn zeer beperkt op de hoogte van het bestaan van een zorgprogramma.

Het bestaan van zorgprogramma's voor de behandelafdelingen is daarentegen beter bekend bij de sociotherapeutische medewerkers van deze afdelingen. In 2005 is de behandellijn persoonlijkheidsstoornissen: zeden en geweld vastgesteld en in februari 2006 is het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen: geweld en het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen: zeden voltooid. De implementatie van deze programma's is in volle gang. De verblijfsduur van de patiënten op de behandelafdelingen zal naar schatting gemiddeld één jaar bedragen. Er is nog geen beleid geformuleerd welke maatregelen getroffen worden als de doorstroming naar de Pompestichting of anderszins stagneert.

Alle patiënten van de behandelafdeling hebben een behandelingsplan. Voor de patiënten van de longstayafdeling is dat nog niet het geval, althans volgens de patiënten.

De sociotherapeutische medewerkers dragen zorg voor het therapeutisch klimaat en indien geïndiceerd kan psychotherapeutische expertise, zowel individuele als groepsgewijze therapie, worden ingehuurd bij de Pompestichting.

Medische en psychiatrische zorg

De tbs-afdelingen maken binnen kantooruren gebruik van de medische dienst van PI Vught. De huisartsenzorg buiten kantooruren wordt gewaarborgd door de huisartsenpost van Den Bosch. De toegeleiding naar de verpleegkundigen

van de medische dienst gebeurt door de sociotherapeutische medewerkers door middel van een briefje, telefonisch of per E-mail.

De medische voorgeschiedenis wordt geregistreerd in Microhis, evenals de verpleegkundige aantekeningen en de consulten van de inrichtingsarts. De consulten van de psychiater worden echter geregistreerd in het systeem van de Pompestichting. Mogelijk dat deze verschillende systemen voor afstemmingsproblemen kunnen leiden.

Psychiatrische consulten worden uitgevoerd door een psychiater van de Pompestichting. De beschikbare tijd van deze psychiater is echter zeer beperkt. Op korte termijn, waarschijnlijk vanaf juni, kunnen de tbs-afdelingen van de PI Vught samen met de tbs-afdeling de Corridor in Zeeland beschikken over een fulltime aangestelde psychiater van Duitse afkomst (in Nederland BIG-geregistreerd). Hoe de psychiaters over beide locaties worden verdeeld is nog niet besloten. De bereikbaarheid en de beschikbaarheid van een psychiater buiten kantoor tijden is geregeld met de dienstdoende psychiaters van de Pompestichting.

Volgens de behandelaars c.q. de psychiater wordt het mogelijk binnen de tbs-afdelingen geneeskundige handelingen onder dwang (i.c. gedwongen medicatietoediening) uit te voeren. Het verpleegkundig toezicht dat hiervoor noodzakelijk wordt geacht kan worden geleverd door de verpleegkundigen van de medische dienst van de PI Vught. Deze verpleegkundigen zijn ook buiten kantoor tijden, inclusief het weekend op vaste uren bereikbaar en beschikbaar.

Patiëntveiligheid

De richtlijnen en protocollen van de Pompestichting zijn ook van toepassing voor de tbs-afdelingen van PI Vught en toegankelijk via een intranetverbinding. In het protocollenbeleid is opgenomen welke procedure wordt gevolgd, wie de protocollen beheert, waar deze kunnen worden teruggevonden en hoe protocollen worden geïmplementeerd. Hierin is tevens een begin gemaakt met het beschrijven van risicovolle momenten tijdens het verblijf, zoals het verblijf in een separeer en het ondergaan van geneeskundige handelingen onder dwang. Andere risicovolle momenten, zoals de overgang van de behandelafdeling naar een vervolgfafdeling of vervolgvoorziening zijn nog niet beschreven.

Personeel van de tbs-afdelingen kunnen voor MIP (meldingen incidenten patiëntenzorg) meldingen gebruik maken van het geautomatiseerde meldingssysteem van de Pompestichting. Volgens de sociotherapeutische medewerkers wordt in voorkomende gevallen van dit systeem gebruik gemaakt.

Terugkoppeling van bevindingen van de MIP commissie is, vanwege het recente bestaan van de afdelingen, nog niet aan de orde geweest.

Informatie van de kwaliteitscommissies, in het bijzonder van de MIP-commissie, kan bijdragen aan risicodetectie, waardoor risico's op gezondheidsschade scherper in beeld kunnen worden gebracht. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid blijft het noodzakelijk dat de organisatie het proces en de inhoud van de zorg zodanig expliciteert en analyseert dat duidelijk wordt op welke punten risico's op gezondheidsschade gelopen worden.

Personeel, samenwerking en dossiervoering

De sociotherapeutische medewerkers zijn allen afkomstig uit de PI Vught en waren werkzaam als penitentiaire inrichtingswerkers. Er is geen enkele verpleegkundige aangesteld als sociotherapeutisch medewerker. Scholing gebeurt door stage in de Pompestichting en interne cursussen.

De behandelstaf is multidisciplinair samengesteld, behandelbesprekingen vinden multidisciplinair plaats en alle disciplines zijn bij het opstellen van een behandelplan betrokken.

Het personeel van de tbs-afdelingen rapporteert in een papieren dossier. De Pompestichting ontwikkelt een elektronisch patiëntendossier.

Separatiebeleid

Voor het separeren van een patiënt zijn werkinstructies aanwezig. Deze instructies zijn gebaseerd op het beleid van de Pompestichting. De zorgmanager en het hoofd van dienst beslissen over de noodzaak tot separatie en de sociotherapeutische medewerkers, eventueel bijgestaan door bewaarders of een interventieteam voeren de separatie uit. De begeleiding van de patiënt in de separeer wordt door de sociotherapeutische medewerkers van de plaatsende afdeling gedaan. De werkinstructies voorzien in garanties om de veiligheid en de gezondheid van de patiënt tijdens het verblijf in een separeerruimte te waarborgen.

Een punt van aandacht is echter de rol van de psychiater en de functie van de medische dienst bij separaties. De werkwijze maakt geen onderscheid tussen separeren enkel om de orde en veiligheid te waarborgen en separaties van patiënten die gevaar veroorzaken voortkomend uit hun geestelijke stoornis. Bij deze laatste groep zou indicatiestelling om te separeren door een psychiater zijn aangewezen. De medische dienst van de PI kan een dienstverlenende functie

hebben ter controle op vitale functies en bij het nemen van andere somatische voorzorgen.

De longstay afdeling beschikt over twee separeerruimten. Deze ruimten zijn echter niet volledig veilig ingericht (zoals schroeven die los te draaien zijn, scherpe hoeken, geen verduisteringsmogelijkheid). Dit geldt ook voor de doucheruimte waarin een portable douchecabine is geplaatst die gemakkelijk is te molesteren en die niet is voorzien van een thermosstatisch geregelde kraan. De elektriciteitskastjes naast de deuren van de separeerruimten zijn niet afgesloten (terwijl dit wel kan) waardoor gevaar voor de patiënt en voor het personeel kan ontstaan. De ruimten zijn vanuit beide longstay-units redelijk goed bereikbaar. Bij de nieuwbouw van de longstayvoorziening zouden de eisen die het College Bouw Zorginstellingen ten aanzien van separeerruimten stelt als uitgangspunt kunnen dienen.

De behandelafdelingen beschikken over separeerruimten die voldoende garanties kunnen bieden op een veilig verblijf in deze ruimten. De route die bij separatie moet worden gevolgd is echter voor de patiënten die verblijven op afdeling 6F omslachtig. Als de situatie op afdeling 6E niet toelaat dat een patiënt over deze afdeling naar de separeer kan worden gebracht, moet een route buiten de afdeling in de open lucht worden gevolgd. Daarnaast biedt de smalle gang die toegang verschaft naar de voorruimte van de separeers weinig bewegingsruimte. De elektriciteitskastjes naast de deuren van de separeerruimten zijn niet afgesloten (terwijl dit wel kan) waardoor gevaar voor de patiënt en voor het personeel kan ontstaan.

Medicatiebeleid

De tbs-afdelingen maken gebruik van de medicatievoorziening van PI Vught. PI Vught beschikt over het Baxtersysteem. De medicatie wordt door de verpleegkundige van de medische dienst naar de afdelingen gebracht en de medicatie wordt gedeeld door de sociotherapeutische medewerkers. De medicatie wordt onder toezicht verstrekt en wordt daarna afgetekend.

Tbs en GW regime

Het regime van de tbs wordt niet zodanig beïnvloedt door het regime van het gevangeniswezen dat de rechten van patiënten conform de Bvt in het gedrang komen. De regelgeving van de PI heeft wel op bepaalde momenten zijn impact

op de tbs-afdelingen. Vooral de in- en uitsluitijden zijn daar een duidelijk voorbeeld van.

De directie van de PI beschrijft de relatie met de Pompestichting als een inkoopmodel. De Pompestichting levert de behandelcoördinator ten behoeve van de forensische steun en zorg en is daarmee inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de tbs. Verder levert Vught alles zelf. Zo blijven de socio-therapeutisch medewerkers gewoon in dienst van het gevangeniswezen. Expliciet wordt aangegeven dat de Vughtse tbs-capaciteit geen dependance van de Pompestichting is. Via duaal management¹² vindt de aansturing van deze tbs-capaciteit plaats. De directie van de Pompestichting geeft met betrekking tot dit onderwerp aan dat vanuit DJI weinig regie is gevoerd op de ontwikkeling van de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen. Zo zijn er verschillende besturingsmodellen ontstaan. Het model met PI Vught is meer een joint venture, terwijl de Corridor¹³ vormgegeven wordt volgens het overname model. Op termijn wordt dit volledig tbs-capaciteit.

De directie van de Pompestichting en de staf geven aan zeer tevreden te zijn over het werken met ex-piw-ers en deze doelgroep bewoners. Het personeel kenmerkt zich door een manier van direct aanspreken en doen. Daardoor hangt er een minder therapeutisch klimaat.

De groep psychotische patiënten zou minder geschikt zijn voor huisvesting op deze locatie. Het personeel heeft daar niet de juiste vaardigheden voor. Verder loopt de directie van de Pompestichting tegen een aantal praktische zaken aan in de samenwerking met het gevangeniswezen. Zo dienen transporten vanuit de gevangenis plaats te vinden met de Dienst Vervoer & Ondersteuning, hetgeen kostbaar is terwijl de kliniek over een eigen vervoersdienst beschikt. Ook de verplichting om met de Rijksgebouwendienst de nieuwbouw in Vught en de Corridor te realiseren werkt volgens de directie van de kliniek vertragend en kostenverhogend. Als particuliere inrichting zou zij deze zaken sneller en goedkoper hebben kunnen regelen.

¹² Eén inhoudelijk verantwoordelijke vanuit de kliniek voor de behandeling en één bedrijfsmatig verantwoordelijke vanuit de PI.

¹³ De Corridor is de andere PI-locatie waarmee de Pompestichting samenwerkt in het kader van het onderbrengen van tbs-capaciteit binnen het gevangeniswezen.

Conclusies

De Ist constateert dat de rechtspositie van de tbs-gestelde conform de Bvt gewaarborgd is. De bewoners ervaren in verhouding tot hun verblijf in de kliniek met name beperkingen in hun bewegingsvrijheid. De IGZ constateert dat een begin is gemaakt met de introductie van zorgprogramma's voor de behandelafdelingen, maar dat de ontwikkeling van een longstay-zorgprogramma achterblijft.

2.2.4 PI Grittenborgh / FPC Veldzicht

Algemeen

Grittenveld is de tbs-afdeling die, onder verantwoordelijkheid van tbs-kliniek Veldzicht, gecreëerd is in PI De Grittenborgh. De keuze voor deze combinatie werd mede ingegeven doordat er tussen Veldzicht en Grittenborgh al een samenwerkingsverband bestond, gericht op behandeling in detentie voor tbs-passanten.

Grittenveld heeft in totaal 20 tbs-plaatsen. Er zijn een vreemdelingen- en een motivatieafdeling. Op de motivatieafdeling (waar nagegaan wordt waarom iemand niet aan zijn behandeling meewerkt) zijn alleen patiënten uit Veldzicht opgenomen.

Op de vreemdelingenafdeling zitten illegalen van wie uitzetting niet op korte termijn mogelijk is.

Beschrijving van de locatie

Het gebouw

Gebouwelijk en qua omgeving verschilt Grittenveld aanzienlijk van Veldzicht. Er is in alle opzichten minder ruimte, het gebouw wordt door personeelsleden beschreven als "koel, kil en kaal", er zitten tralies voor de ramen.

Plafonds zijn laag en de gangen smal. Ten tijde van het inspectiebezoek werd gewerkt aan het plaatsen van eigen sloten op de kamerdeuren, zodat de patiënten vrije toegang tot de kamers konden krijgen. Er zijn geen zichtbare pogingen ondernomen de voormalige PI-ruimte wat vriendelijker aan te kleden.

Het personeel

De formatie van het behandelend en begeleidend personeel bestaat onder andere uit:

Coördinator sociotherapie	1 fte
Medewerkers (piw'ers en stm'ers)	11 fte
Behandelcoördinatoren	2 x 16 uur
Psychiater	8 uur

In De Grittenborgh hebben de piw-ers niet de status van (tijdelijk) socio-therapeutisch medewerker (stm'er) gekregen. De locatiedirecteur is van mening dat dit, evenals dat op andere locaties het geval was, meer had kunnen gebeuren.

Beide afdelingen hebben een bezetting van 3 personeelsleden, tot 10 uur 's avonds. In geval van ziekte wordt niet gezorgd voor vervanging vanuit Veldzicht. Op het punt van de personele bezetting heeft de PI concessies gedaan, b.v. door ervoor te zorgen dat ook in de avonduren personeel beschikbaar is.

Veldzicht draagt zorg voor de scholing van het personeel. Ten tijde van het onderzoek liep een cursus gedragstherapie; een cursus psychopathologie moet nog volgen.

Aan Grittenveld is part-time (voor 8 uur) een psychiater verbonden, die ook een deel van haar tijd, vanuit de FPD, werkt in De Grittenborgh. De geïnterviewde personeelsleden zijn van mening dat de beschikbaarheid van psychiater en behandelcoördinatoren te gering is.

Rechtspositie, bejegening en beveiliging

Rechtspositie en bejegening

Het uitgangspunt is dat de tbs-patiënten en de gedetineerden twee gescheiden groepen vormen, die niet met elkaar in contact komen. In het algemeen wordt dit uitgangspunt ook gerealiseerd, met als uitzondering het gezamenlijk bijwonen van kerkdiensten (waarbij wel sprake is van strikt gescheiden groepen).

De locatiedirecteur van De Grittenborgh, die zich positief uitspreekt over de onderlinge samenwerking, is alleen verantwoordelijk voor de veiligheid (b.v. de inzet van het Interne Bijstandsteam), en levert diensten aan de tbs-afdeling,

zoals een aantal uren sportinstructeur. Inhoudelijk ligt de verantwoordelijkheid geheel bij Veldzicht.

De gebouwelijke situatie biedt de patiënten een beperkte bewegingsvrijheid. Een patiënt die voorheen bijv. in de Pompekliniek verbleef kon daar het hele weekend bezoek ontvangen, en in Grittenveld is dat niet mogelijk. Bovendien is het bezoekkamertje uitzonderlijk kaal en ongezellig.

Er is volgens de patiënten geen aanbod van onderwijs.

De stafleden stellen dat wel voldaan wordt aan de Bvt, maar dat de doelstelling van de tbs, het bewerkstelligen van verandering in het gedrag, hier niet bereikt kan worden. In het meer statische beheersklimaat van de PI bestaat niet de mogelijkheid om de ontwikkeling van een strak naar een lossere regiem, die de tbs nastreeft, te bewerkstelligen. De patiënten hebben minder bewegingsvrijheid, waardoor ook minder experimenten met hun gedrag mogelijk zijn. De staf vindt de patiënten van de vreemdelingenafdeling toch al minder geschikt voor verblijf in Grittenveld. Naar de mening van de stafleden is de afdeling vooral geschikt voor kortlopende interventies.

De directie van Veldzicht onderschrijft dat Grittenveld niet verder komt dan het voldoen aan minimale eisen.

Terwijl voor het gebouw weinig waardering bestaat, spreken de patiënten zich wel positief uit over de omgang met het personeel.

Het verblijf in Grittenveld is voor de patiënten een vooruitgang als het vergeleken wordt met de voorafgaande detentie in dezelfde inrichting. Vergeleken met Veldzicht wordt Grittenveld echter door alle geïnterviewden als minder beschouwd. De afdeling heeft een meer beheersmatige structuur, en de patiënten hebben er minder ruimte.

De geïnterviewde personeelsleden constateren dat de tbs-cultuur botst met de beveiliging van de PI. De patiënten kwalificeren de locatie als “een huis van bewaring met iets meer mogelijkheden”.

De commissie van toezicht noemt als de belangrijkste verschillen met Veldzicht de andere tijden voor de personele bezetting en de dominante veiligheidsregels. In het algemeen is ook de commissie van toezicht (cvt) erg kritisch over de locatie, en is ook zij van mening dat met name de groep vreemdelingen hier niet op zijn plaats is.

De commissie van toezicht heeft het beeld dat het hier om een categorie gaat die al een heel traject in inrichtingen doorlopen heeft, en nu in Grittenveld in een wel erg magere voorziening belandt.

De patiënten, met name de groep vreemdelingen, hebben een groot aantal beklagzaken ingediend, bijv. over het betalen van hoge kosten voor de verzegeling van goederen en het niet mogen beschikken over een PC waar dat in de PI zelf voorheen wel mocht.

Beveiliging

De Grittenborgh is een inrichting, met een hoog beveiligingsniveau. In overleg met de tbs-afdeling wordt wel naar de mogelijkheid van afwijkingen hiervan gezocht, maar op een aantal punten wordt dat niet mogelijk geacht en domineren de regels van de PI. Zo is bezoek op de afdeling niet toegelaten. In de tbs vinden niet standaard visitaties na bezoek plaats, maar in Grittenveld gebeurde dat aanvankelijk wel (inmiddels alleen nog op indicatie).

Ook wordt door de personeelsleden melding gemaakt van de restrictieve bezoektijden. Zij noemen het geval van een patiënt die zijn kinderen niet meer op bezoek krijgt, omdat dat in de weekeinden niet mogelijk is.

Een ander voorbeeld dat wordt genoemd is dat bezoek geen handdoeken voor gedetineerden mee mag brengen, hetgeen in de tbs-kliniek geen probleem zou zijn. Hier prevaleert echter de veiligheidsregel van De Grittenborgh, die strikt voorschrijft welke goederen ingevoerd mogen worden.

Urinecontroles worden afgenomen in Grittenveld, maar de verwerking vindt plaats in Veldzicht. Dat levert soms logistieke problemen op.

Er heeft zich inmiddels één geval van begeleid verlof voorgedaan.

Als ten aanzien van een patiënt een maatregel genomen moet worden, wordt hiertoe besloten door de tbs-directie.

Zorg voor patiënten

Zorgaanbod en zorgprogrammering

De tbs-afdeling in PI de Grittenborgh bestaat uit een unit (Grittenveld 2) voor 10 patiënten die geen of te weinig behandelmotivatie hebben en een unit (Grittenveld 1) voor 10 ongewenste vreemdelingen met tbs.

Het behandelaanbod voor patiënten die verblijven op de afdeling Motivatie is vastgelegd in een concept zorgprogramma (december 2005). De behandelmethodieken zijn vooral gebaseerd op het courante leertheoretische model. Uitgegaan wordt van een individuele behandeling en de duur van het verblijf op de afdeling wordt gesteld op zes maanden. Deze termijn is nog niet opgenomen in het voor handen zijnde concept zorgprogramma, maar wordt in de nieuwe versie onderbouwd. De penitentiaire inrichtingswerkers en de sociotherapeutisch medewerkers zijn niet op de hoogte van het concept zorgprogramma en zij zien voorsnog weinig behandelstructuur en -resultaat. De patiënten van deze afdeling waarmee is gesproken zijn van mening dat zij te weinig contact hebben met behandelaren, dat nauwelijks sprake is van behandeling en hun hulpvraag daardoor niet wordt verhelderd. De behandelaren daarentegen zijn van mening dat de doelstelling van de afdeling - het motiveren voor behandeling- nog onvoldoende is doorgedrongen op de werkvloer en dat teveel wordt uitgegaan van behandel mogelijkheden. De psychiater ziet binnen deze doelstelling voordelen bij de sobere afdelingsomgeving en streng PI regime.

Het behandelaanbod voor de afdeling voor ongewenste vreemdelingen is vastgelegd in een werkdocument 'Zorgprogramma Grittenveld 1'. Dit zorgprogramma is volledig afgestemd op de oorspronkelijke doelgroep van ongewenste vreemdelingen met een afgeronde tbs behandeling. Aangezien echter naar schatting 80% van de verblijvende patiënten niet of nauwelijks is behandeld zal dit zorgprogramma niet voldoen. Behandelaren, stm'ers en piw'ers zijn dan ook van mening dat ze de huidige groep patiënten te weinig kunnen bieden. Behandeling lijkt vaker geïndiceerd, maar de mogelijkheden hiertoe ontbreken. De psychiater herkent bij deze groep patiënten vaak psychoseachtige belevingen en vindt dat ze niet in een PI thuishoren, temeer daar uitzetting op korte termijn niet aan de orde is. Bij patiënten leeft het beeld dat Grittenveld 1 wordt gebruikt als 'dumpplaats' voor ongewenste vreemdelingen.

Medische en psychiatrische zorg

De tbs-afdeling maakt binnen kantooruren gebruik van de medische dienst van PI de Grittenborgh. De huisartsenzorg buiten kantoor tijden wordt ook gewaarborgd door de PI. De toeleiding naar de verpleegkundigen van de medische dienst gebeurt door de sociotherapeutische medewerkers en de penitentiaire inrichtingswerkers en dat verloopt goed.

De medische voorgeschiedenis wordt geregistreerd in Microhis, evenals de verpleegkundige aantekeningen en de consulten van de inrichtingsarts. De consulten van de psychiater worden echter elders geregistreerd. Mogelijk dat deze verschillende systemen tot afstemmingsproblemen kunnen leiden.

De psychiater is sinds januari 2006 op freelance basis voor 8 uur per week aan de tbs-afdeling verbonden. Daarnaast werkt zij voor 16 uur per week vanuit de Forensisch Psychiatrische Dienst voor PI de Grittenborgh. Buiten kantooruren wordt een beroep gedaan op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de dienstdoende psychiater van FPC Veldzicht. De psychiater van Grittenveld participeert niet in de 7 x 24 uurs dienst.

De voorzieningen en de personeelssamenstelling in Grittenveld zijn volgens behandelaren ongeschikt om geneeskundige handelingen onder dwang (i.c. gedwongen medicatietoediening) uit te voeren. In voorkomende gevallen wordt de patiënt naar FPC Veldzicht vervoerd.

Patiëntveiligheid

De richtlijnen en protocollen van FPC Veldzicht zijn ook van toepassing voor de tbs-afdeling van PI de Grittenborgh. Veldzicht beschikt over een aantal protocollen, gericht op een zorgvuldige besluitvorming of wijze van handelen. In 2005 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg echter geconstateerd dat het hierbij ontbreekt aan eenduidigheid en consequente datering (bijvoorbeeld het protocol separeren, protocol medicijnverstrekking). Dit bemoeilijkt het beschrijven van risicovolle momenten tijdens het verblijf, zoals het verblijf in een separeer en het ondergaan van geneeskundige handelingen onder dwang. Andere risicovolle momenten, zoals de overgang van de afdeling Motivatie naar een vervolgafdeling of de overgang van de ongewenste vreemdelingen naar hun land van herkomst zijn ook nog niet beschreven.

Personeel van de tbs-afdeling kan voor MIP (meldingen incidenten patiëntenzorg) meldingen gebruik maken van het meldingensysteem van FPC Veldzicht. Terugkoppeling van bevindingen van de MIP commissie is, vanwege het recente bestaan van de afdeling, nog niet aan de orde geweest. Informatie van de kwaliteitscommissies, in het bijzonder van de MIP-commissie, kan bijdragen aan risicodetectie, waardoor risico's op gezondheidsschade scherper in beeld kunnen worden gebracht. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid blijft het noodzakelijk dat de organisatie het proces en de inhoud van de zorg zodanig expliciteert en analyseert dat duidelijk wordt op welke punten risico's op gezondheidsschade gelopen worden.

Personeel, samenwerking en dossiervoering

De sociotherapeutische medewerkers zijn afkomstig uit FPC Veldzicht en de penitentiaire inrichtingswerkers uit PI de Grittenborgh. De piw'ers zijn enthousiast over hun tbs opleidingstraject. Alle personeelsleden volgen een cursus gedragstherapie en in het najaar volgt een cursus psychopathologie en een cursus motiverende gesprekstechnieken. Zij nemen wekelijks deel aan de patiëntenbespreking en hebben de mogelijkheid intervisie en supervisie te volgen. De piw'ers zijn wel van mening dat zij onvoldoende worden aangestuurd. Dat gebeurt wel door de collega-stm'ers maar nauwelijks door de behandelaren.

De personeelsleden worden door de psychiater beschreven als betrokken medewerkers.

De geïnterviewde personeelsleden zeiden dat zij zich enerzijds ver van Veldzicht af voelen staan, maar anderzijds ook niet het gevoel te hebben bij De Grittenborgh te horen.

De behandelstaf is multidisciplinair samengesteld, behandelbesprekingen vinden multidisciplinair plaats en alle disciplines zijn bij het opstellen van een behandelplan betrokken.

Beide behandelcoördinatoren zijn voor 16 uur per week aangesteld en dit wordt door henzelf en door anderen als te weinig beoordeeld. Er is een freelance psychotherapeut beschikbaar, maar deze wordt vooralsnog nauwelijks ingehuurd.

Het personeel van de tbs-afdelingen rapporteert niet in een elektronisch patiëntendossier maar maakt gebruik van een tekstverwerkingsprogramma.

Separatiebeleid

Voor het separeren van een patiënt zijn geen werkinstructies beschikbaar. Separeren moet plaatsvinden in de separeervoorziening van een naast gelegen afdeling van de PI. Zowel de directie van de PI als de directie van Veldzicht moeten toestemming geven voor separatie. De verantwoordelijkheid voor het verblijf van de patiënt in de separeer ligt bij het personeel van de PI afdeling. Formeel kan het personeel van Grittenveld na 17.00 uur geen verzorgingsmomenten meer uitvoeren bij de gesepareerde patiënt. Dit kan alleen in overleg met het personeel van de PI afdeling.

Het is de psychiater onbekend welke rol zij heeft bij de indicatiestelling voor het separeren van een patiënt en het is onduidelijk of afspraken zijn gemaakt over bezoek van de psychiater aan de patiënt. Dit geldt ook voor de medische dienst.

De medische dienst van de PI zou een dienstverlenende functie kunnen hebben ter controle op vitale functies en bij het nemen van andere somatische voorzorgen.

Medicatiebeleid

De tbs-afdelingen maken gebruik van de medicatievoorziening, volgens het Baxtersysteem, van PI de Grittenborgh. De medicatie wordt door de verpleegkundige van de medische dienst naar de afdeling gebracht en de medicatie wordt gedeeld door de sociotherapeutische medewerkers en de penitentiaire inrichtingswerkers. De medicatie wordt onder toezicht verstrekt en wordt daarna afgetekend. 's Avonds en 's nachts wordt medicatie in voorkomende gevallen gedeeld door bewaarders. Het komt hierbij vaker voor dat medicatie niet wordt gegeven (vergeten), niet op het juiste tijdstip wordt gegeven en/of niet wordt afgetekend.

Tbs- en GW-regime

De start, die heel snel moest gaan, wordt door het personeel als moeizaam beschreven. Het gaat nu wel iets beter, maar de samenwerking blijft naar hun mening stroef. Het uit Veldzicht afkomstige personeel zegt zich niet prettig te voelen in de PI. Het duurt erg lang voordat verbeteringen gerealiseerd kunnen worden.

De huidige directeur van Veldzicht heeft de indruk dat destijds meer gekeken is naar de mogelijkheid een snelle start te realiseren dan naar de vraag hoe een goede tbs-setting gecreëerd wordt. Hij kwalificeert de start als ongelukkig.

Conclusies

Grittenveld is meer een detentie-omgeving dan een tbs-kliniek. De ISt krijgt eerder de indruk dat de PI, gezien vanuit haar regime, een beetje is opgeschoven in de richting van de tbs, dan dat de afdeling vanuit het perspectief van de tbs opgezet is.

In de interviews is niet gebleken dat inbreuk gemaakt wordt op de rechten die de Bvt toekent. Door de gebouwelijke situatie hebben de patiënten feitelijk echter wel een beperkte bewegingsvrijheid. De IGZ constateert dat het zorgprogramma voor ongewenste vreemdelingen met tbs niet doelmatig is en niet effectief kan zijn, gezien de verkeerde doelpopulatie. De doelstelling van de afdeling Motivatie is zowel voor de medewerkers als voor de patiënten nog onvoldoende duidelijk.

2.2.5 PI Oosterhoek / FPC De Rooyse Wissel

Algemeen

PI Oosterhoek heeft met betrekking tot de tbs-capaciteit een samenwerkingsverband met FPC De Rooyse Wissel in Venray. De afdeling is op 1 februari 2006 gestart.

Momenteel heeft PI Oosterhoek een tbs-capaciteit van 20 plaatsen, waarvan er op het moment van de inspectie 17 bezet zijn. Het betreft hier een motivatieafdeling. De patiënten die geplaatst worden komen uit de kliniek waar de behandeling is vastgelopen of niet goed op gang komt.

Beschrijving van de locatie

Het gebouw

De tbs-afdeling is gesitueerd in de unit waar zich ook de individuele begeleidingsafdeling (IBA) van de PI bevindt. De kliniek beschikt hier over 2 naast elkaar gesitueerde afdelingen van elk 10 kamers (Thebe 1 en Thebe 2). De kamers zijn zo ingericht dat bij toilet- en wastafelgebruik privacy gewaarborgd is. Er vinden nog verbouwingen plaats aan de recreatieruimte, de doucheruimtes en er wordt een nieuwe toegang gecreëerd. Op de afdeling bevinden zich 2 spreekkamers.

In het weekend kan tussen 8.30 uur en 16.30 uur op de kamers bezoek ontvangen worden.

Het personeel

De formatie van het behandelend en begeleidend personeel bestaat onder andere uit:

Junior sociotherapeuten	11,89 fte waarvan 3 gedetacheerd vanuit justitie
Medior sociotherapeuten	5,67 fte
Senior sociotherapeuten	4,78 fte
Hoofd sociotherapeutisch milieu	1 fte
Hoofd Behandeling	0,89 fte
Behandelrapporteur	0,9 fte

Het personeel werkzaam op de tbs-afdelingen heeft voorafgaand aan de opening een scholingsprogramma van een maand gevolgd. Dit programma omvatte theoretische onderdelen, teambuilding en trainingen verbale en fysieke agressiehantering.

Daarnaast werd enkele dagen stage gelopen op een behandelafdeling van De Rooyse Wissel. Het personeel volgt maandelijks nog een training motiverende gesprekstechnieken.

Coaching van het personeel vindt plaats door het hoofd sociotherapeutisch milieu.

Rechtspositie, bejegening en beveiliging

Rechtspositie en bejegening

De huisregels op Thebe 1 en Thebe 2 zijn afgeleid van de huisregels van de FPC De Rooyse Wissel. Op enkele punten, bijv. ten aanzien van de tijden, hebben kleine aanpassingen plaats gevonden. De tbs-ers worden gescheiden van de gedetineerden, behalve tijdens de kerkdienst. Dan zorgt personeel voor afstand tussen beide groepen. Tussen bewoners en gedetineerden is bij sommige activiteiten (bijv. arbeid) of transporten wel visueel contact mogelijk. De geïnterviewde bewoners gaven aan gedurende die momenten regelmatig het onderwerp van hoon te zijn.

Bij sommige activiteiten (bijv. onderwijs en sport) wordt begeleiding door PI personeel ingekocht. Ook de sociotherapie is bij zo'n activiteit dan aanwezig. De bewoners worden volgens de directie van de PI en de kliniek niet aan beperkingen onderworpen tengevolge van het GW-regime.

De geïnterviewde personeelsleden ervaren de verschillen met de kliniek vooral op het terrein van de bewegingsvrijheid. Anderzijds geven zij aan dat deze sobere setting met weinig bewegingsvrijheid en minder faciliteiten voor de doelstelling van de afdeling wel functioneel lijkt. De patiënt moet zelf weer verantwoordelijkheid nemen voor zijn behandeling. Ook de stafleden geven desgevraagd aan dat voor deze bewoners structuur belangrijk is en dat op de afdeling gebruik wordt gemaakt van het "terug in de bajes"gevoel om hen te motiveren.

De geïnterviewde patiënten beklagen zich over de beperkte bewegingsvrijheid. Voor elk transport vanaf de afdeling moet vooraf toestemming gevraagd worden aan de centrale meldkamer. Alle transporten vinden bovendien plaats onder begeleiding van personeel. Zij ervaren de afdeling meer als gevangenis dan als kliniek.

Ook beklagen zij zich over de kosten van het telefoneren en de boodschappen. De contracten van de PI zijn hier van toepassing. De kosten pakken voor de

bewoners veel hoger uit dan in de kliniek. De directie van de kliniek heeft aangegeven hiermee bezig te zijn en te zoeken naar een oplossing.

De commissie van toezicht van de kliniek functioneert ook als zodanig op deze locatie.

Beveiliging

De kliniek bepaalt de inhoud van het programma en geeft aan binnen welke kaders er gewerkt gaat worden. De PI bepaalt de grenzen waar het de veiligheid betreft. Dat levert soms discussies op over bijv. invoer van goederen of over de samenstelling van het assortiment van de winkel. Naar de mening van alle betrokkenen is daar in onderling overleg wel uit te komen.

De sociotherapeuten kunnen bij incidenten om assistentie vragen van de PI, maar de regie ligt in zo'n situatie volledig bij de sociotherapie. De medewerkers van de penitentiaire inrichting volgen dan de wensen en mogelijkheden van de kliniek. Omgekeerd kunnen de sociotherapeuten ook assistentie leveren bij een calamiteit in de PI. De regie wordt dan gevoerd door PI-medewerkers.

De sociotherapie is in dienst van 's morgens 6.45 uur tot 's avonds 22.00 uur. Na 22.00 uur draait het personeel van de PI de nachtdienst. Bij calamiteiten in de avond of nacht beslist een kliniekverantwoordelijke van De Rooyse Wissel. Wanneer zodanig ingegrepen moet worden dat bijv. deuren opengemaakt moeten worden, wordt de directie van de PI geïnformeerd. In overleg kan ook besloten worden het interne bijstandsteam van de PI in te zetten.

Zorg voor de patiënten

Zorgaanbod en zorgprogrammering

Thebe is een behandelafdeling waar structuur wordt geboden en ongemotiveerde patiënten (weer) worden gemotiveerd aan een behandeling deel te nemen. Patiënten zijn allen gediagnosticeerd met een DSM IV as II (persoonlijkheids) stoornis. De afdelingsbeschrijving gaat ervan uit dat patiënten deel nemen aan de zorgprogramma's 2 en 3, zoals gebruikt in De Rooyse Wissel, voor respectievelijk persoonlijkheids- of seksuele stoornissen, en wel in het bijzonder aan fase 1 van deze programma's: structuur en motivatie. In de praktijk wordt echter een nieuw programma opgebouwd, waarvan de motiverende gesprekstechniek een belangrijke basis is. Een projectgroep houdt zich bezig met de ontwikkeling van dit multidisciplinair programma. Begin- en

eindtermen zijn al geformuleerd. De zorg wordt zoveel mogelijk op maat geleverd waarbij de sociotherapeuten vooral wordt aangeleerd om afstand te houden en een afwachtende houding aan te nemen om zodoende de patiënt zoveel mogelijk te activeren eigen initiatieven te tonen. De patiënten die zijn gesproken leggen dit uit als een minimale personele bezetting, waarbij de sociotherapeutisch medewerkers veel op kantoor zitten en weinig bereidheid tonen hen te woord te staan. Medewerkers zijn over het algemeen van mening dat de PI afdelingsomgeving goed kan werken om motivatie van patiënten te stimuleren.

Volgens de behandelfilosofie van de afdeling behoren patiënten maximaal twee jaar op de afdeling te verblijven, waarbij na één jaar duidelijkheid behoort te zijn over een behandelperspectief. Patiënten van Thebe krijgen voorrang bij plaatsing in De Rooyse Wissel. Deze beleidsuitgangspunten zijn echter nog niet voldoende geformaliseerd.

De patiënten krijgen na drie maanden verblijf een behandelplan, waarbij wordt gestreefd zoveel mogelijk overeenstemming met de patiënt te verkrijgen, geformaliseerd door een handtekening van de patiënt.

Medische en psychiatrische zorg

De tbs-afdeling maakt binnen kantooruren gebruik van de medische dienst van PI Oosterhoek. Driemaal per week is er een verpleegkundig spreekuur en de toegeleiding hiervoor gebeurt telefonisch door de sociotherapeuten. De verpleegkundige kan de patiënt vervolgens doorgeleiden naar de inrichtingsarts. De medische voorgeschiedenis wordt geregistreerd in Microhis, evenals de verpleegkundige aantekeningen en de consulten van de inrichtingsarts. De consulten van de psychiater worden echter geregistreerd in het geautomatiseerd systeem van De Rooyse Wissel. Mogelijk dat deze verschillende systemen tot afstemmingsproblemen kunnen leiden. De werkwijze ten behoeve van de medische zorg voor de patiënten van Thebe is vastgelegd in een protocol. Sinds kort is een psychiater aan de afdeling verbonden. Het aantal uren dat de psychiater daadwerkelijk aan de patiënten gaat besteden staat nog niet vast en kan variëren van 6 tot 18 uur. De inschatting van de psychiater is dat vooralsnog 8 uur afdoende is om de psychiatrische zorg te waarborgen. Buiten kantoortijden kan een beroep worden gedaan op de dienstdoende psychiater van De Rooyse Wissel.

Voor huisartsenzorg buiten kantoortijden kunnen de sociotherapeutisch medewerkers, na overleg met de dienstdoende senior piw'er, contact opnemen met een verpleegkundige in De Rooyse Wissel, die vervolgens kan besluiten een huisarts van de huisartsenpost in Cuyk in te schakelen. Na de diensttijd van 22.00 uur fungeert de dienstdoende senior piw'er als contactpersoon voor de huisartsenpost.

Volgens de psychiater is het mogelijk binnen de tbs-afdeling geneeskundige handelingen onder dwang uit te voeren (i.c. gedwongen medicatietoediening). Het noodzakelijke verpleegkundig toezicht kan worden uitgevoerd door de drie verpleegkundigen die als sociotherapeutisch medewerker zijn aangesteld.

Patiëntveiligheid

De richtlijnen en protocollen van De Rooyse Wissel zijn ook van toepassing voor de tbs-locaties in PI Oosterhoek en zijn toegankelijk via een intranetverbinding. In het protocollenbeleid is opgenomen welke procedure wordt gevolgd, wie de protocollen beheert, waar deze kunnen worden teruggevonden en hoe protocollen worden geïmplementeerd. De afdeling Thebe beschikt over hiervan afgeleide afdelingsdocumenten.

Hierin is tevens een begin gemaakt met het beschrijven van risicovolle momenten tijdens het verblijf. Voorbeelden zijn het verblijf in een separeer en het toedienen van (gedwongen) medicatie. Andere risicovolle momenten, zoals de overgang van de motivatieafdeling naar een vervolgafdeling zijn nog niet beschreven.

Personeel van de afdeling Thebe kan incidenten die in de patiëntenzorg voorkomen melden in het geautomatiseerde MITS systeem. Deze meldingen kunnen door de MIP (meldingen incidenten patiëntenzorg) commissie van De Rooyse Wissel worden geanalyseerd. De sociotherapeutische medewerkers ontvangen hiervan geen systematische terugkoppeling.

Personeel, samenwerking en dossiervoering

De sociotherapeutisch medewerkers zijn afkomstig uit De Rooyse Wissel en uit de PI Oosterhoek en hebben een diverse achtergrond. Alle sociotherapeutisch medewerkers zonder tbs ervaringen hebben een uitgebreid inwerkprogramma doorlopen. Er is voorzien in verdere scholing zoals motiverende gesprekstechnieken en er zijn mogelijkheden voor supervisie en intervisie.

De behandelstaf is multidisciplinair samengesteld, behandelbesprekingen vinden multidisciplinair plaats en alle disciplines zijn bij het opstellen van een behandelplan betrokken.

Het personeel van de afdeling en de behandelstaf rapporteren in het elektronisch patiëntendossier zoals dat in De Rooyse Wissel wordt gebruikt.

Separatiebeleid

Het separatiebeleid van de afdeling Thebe is vastgelegd en maakt onderdeel uit van het Middelen en Maatregelenbeleid van De Rooyse Wissel. Dit beleid is gebaseerd op uitgangspunten van de reguliere intramurale geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor zijn garanties ingebouwd om de veiligheid en de gezondheid van de patiënt tijdens het verblijf in een separeerruimte te waarborgen. Een punt van aandacht is echter de rol en functie van de medische dienst bij separaties. Deze dienst valt onder de PI Oosterhoek en zou een taak kunnen hebben bij de controle op vitale functies en andere somatische voorzorgen zoals die zijn opgenomen in het protocol.

De afdeling kan gebruik maken van een van de separeervoorzieningen van de PI. In deze voorziening bevinden zich vier separeerruimten. In de ruimte die is bezocht is de vloer niet volledig veilig afgewerkt. De randen zijn met siliconenkit gedicht en deze kan door de patiënt eventueel worden losgepeuterd en ingeslikt. De route naar de separeervoorziening is lang, er moet met de patiënt een trap worden opgelopen en in de laatste lange gang hangen schilderijtjes die gemakkelijk van de muur zijn te halen. Tevens is op twee plaatsen in de route de privacy van de patiënt niet gewaarborgd omdat gedetineerden van aanpalende afdelingen hier zicht op hebben.

Verzorgingsmomenten voor patiënten die in de separeer verblijven zijn geprotocolleerd en worden door personeel van Thebe uitgevoerd, eventueel in samenwerking met personeel van de IBA.

Op de afdeling bevindt zich een afzonderingsruimte die bij voorkeur wordt gebruikt om separaties te voorkomen.

Medicatiebeleid

De tbs-afdeling maakt gebruik van de medicatievoorziening van PI Oosterhoek. De medicatie (volgens Baxter systeem) wordt door de verpleegkundige van de medische dienst naar de afdelingen gebracht en de medicatie wordt gedeeld door de sociotherapeuten. De medicatie wordt onder toezicht verstrekt en wordt daarna afgetekend. De 'zonodige medicatie' wordt op de afdeling bewaard en

op vraag door de nachtdienst verstrekt. De nachtdienst wordt uitgevoerd door bewaarders die de medicatie in voorkomende gevallen door het luikje in de celdeur verstrekken en daarna aftekenen. In het ochtendoverleg en bij de dienstoverdracht 's avonds wordt hieraan aandacht besteed.

Tbs en GW regime

De Ist heeft geconstateerd dat beide regimes los van elkaar vorm gegeven worden. De bewoners worden niet onderworpen aan beperkingen tengevolge van het GW-regime. Op enkele momenten komt visueel contact voor tussen bewoners en gedetineerden. Hierbij komt het volgens de bewoners regelmatig voor dat zij bespot worden.

De directie van de PI heeft aangegeven niet veel voordeel van de huidige situatie te ondervinden. Zij had liever gezien dat meer personeelsleden van PI Oosterhoek te werk gesteld konden worden op de tbs-afdelingen. Nu werd gekozen voor een model waarbij het personeel moest solliciteren bij De Rooyse Wissel. De belangstelling voor die constructie was bij het personeel beperkt. Ook geeft de directie aan dat in de randvoorwaardelijke sfeer nog veel onduidelijkheden bestaan. De financiële kaders zijn recentelijk pas duidelijk geworden.

De directie van de kliniek geeft aan tevreden te zijn over de tenuitvoerlegging van de tbs op deze afdelingen. Zij stelt dat deze setting geschikt is voor een beperkte opdracht binnen de tbs-behandeling die bovendien in tijd gelimiteerd is. De samenwerking tussen kliniek en PI is goed, al kost het soms moeite om zaken gerealiseerd te krijgen.

Conclusies

Uit de interviews is niet gebleken dat inbreuk gemaakt wordt op de rechten die de Bvt de patiënt toekent. De Ist constateert wel dat het gebouw zijn beperkingen kent. Dit komt vooral in de bewegingsvrijheid van de patiënt en in de verminderde nabijheid van kliniekvoorzieningen tot uitdrukking. De IGZ constateert dat de verdere ontwikkeling van het zorgprogramma voor niet-gemotiveerde patiënten veelbelovend kan zijn.

2.2.6 PI Wolvenplein / Dr. Henri van der Hoevenkliniek

Algemeen

De PI Wolvenplein heeft met betrekking tot de tbs-capaciteit een samenwerkingsverband met de Dr. Henri van der Hoevenkliniek in Utrecht. De duur van de onderbrenging van de tbs-capaciteit in PI Wolvenplein is door DJI gemaximeerd op 2 jaar.

Momenteel huisvest de locatie nog geen patiënten. De instroom heeft vertraging opgelopen aangezien de verlening van de vergunning voor de verbouw van dit Rijksmonument veel langer op zich liet wachten dan oorspronkelijk verwacht. Instroom wordt nu eind juni verwacht. De voorziening in PI Wolvenplein zal plaats gaan bieden aan 12 patiënten die gekenschetst worden als psychiatrisch kwetsbaar. De patiënten komen hier rechtstreeks vanuit een penitentiaire inrichting. Het belangrijkste doel van de afdeling is doorstroming naar vervolgvoorzieningen bevorderen. Er kunnen zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten geplaatst worden.

De Inspecties hebben tijdens het bezoek aan PI Wolvenplein een rondleiding gehad en een gesprek gevoerd met vertegenwoordigers van de van der Hoeven kliniek en de directie van de PI.

Beschrijving van de locatie

Het gebouw

De tbs-afdeling beslaat de voormalige A-vleugel van de monumentale PI. De kliniek beschikt hier over 2 afdelingen die boven elkaar gesitueerd zijn. De bovenste etage heeft een balustrade. Die balustrade wordt nog verwijderd en er is tijdelijk een vloer geplaatst van opengewerkte roosters. De vergunning voor die vloer is afgegeven voor drie jaar, daarna dient de vloer weer te worden verwijderd en moet het oorspronkelijke open karakter van de vleugel worden hersteld.

De patiënten zullen op de tweede etage hun kamers krijgen.

Op de eerste etage zijn de cellen omgebouwd tot voorraadruimte, sportruimte, time-outkamer en teamkamer. Er is een grote ruimte waar de bewoners kunnen werken en waar individuele of groepstherapieën verzorgd kunnen worden. Op de woonetage is deze ruimte ingericht als woonkamer annex eetkamer/keuken. Hier kan ook het bezoek ontvangen worden.

Het personeel

De formatie van het behandelend en begeleidend personeel bestaat onder andere uit:

Groepsleiding	12 fte waarvan 5 fte uit de PI gedetacheerd
Coördinator	32 uur per week
Hoofd Behandeling(psychiater)	24 uur per week
Systeemcoördinator	28 uur per week

Het personeel uit de PI heeft stage gelopen in de kliniek. Het personeel uit de kliniek heeft grotendeels het reguliere trainingsprogramma uit de kliniek ondergaan, dat zowel uit een programma aanbod bestaat als uit 'training on the job'. Verdere training en deskundigheidsbevordering staan blijvend onder de aandacht, waarbij het hoofd behandeling een centrale rol vervuld.

Rechtspositie, bejegening en beveiliging

Rechtspositie en bejegening

De tbs-gestelden zullen volgens de directies niet worden onderworpen aan beperkingen tengevolge van het GW-regime. Alle regels die ten aanzien van de patiënten gaan gelden zijn conform de regelgeving van de tbs-kliniek. De PI sluit daar volledig bij aan.

Bezoek kan plaatsvinden op de afdeling. Voor de bibliotheek maakt men gebruik van de voorzieningen van de PI. De begeleiding van allerlei overige faciliteiten (bijv. sport, crea, onderwijs) vindt plaats vanuit de kliniek. De commissie van toezicht van de kliniek zal ook op deze locatie als zodanig functioneren.

Volgend de directie van de van der Hoevenkliniek zal in de praktijk moeten blijken of de verschillen in de dagelijkse bejegening tussen kliniek en penitentiaire inrichting, die sterk cultuurbepalend zijn, op termijn een knelpunt vormen of niet.

Beide directies zijn tot nu toe erg tevreden over de samenwerking tussen de PI en de kliniek.

Beveiliging

De tbs-afdeling in PI Wolvenplein gaat volledig functioneren als tbs-kliniek. De directie van de van der Hoeven kliniek is verantwoordelijk voor de behandeling en de zorg. Ook ten aanzien van de beveiliging is de kliniek leidend. De groepsleiding bepaalt welke goederen en personen toegelaten worden tot de

afdeling. De groepsleiders kunnen bij incidenten om assistentie vragen van de PI, maar de regie ligt in zo'n situatie volledig bij de groepsleiding. De penitentiaire inrichting volgt hierin de wensen en mogelijkheden van de kliniek. Omgekeerd kunnen de groepsleiders ook assistentie leveren bij een calamiteit in de PI. De regie wordt dan gevoerd door PI-medewerkers. De groepsleiding is met drie functionarissen in dienst van 's morgens 7.00 uur tot 's avonds 20.30 uur. Na 21.00 uur draait het personeel van de PI de nachtdienst. Bij calamiteiten in de avond of nacht neemt een kliniekverantwoordelijke de beslissingen. Het calamiteitenteam van de kliniek is 's nachts inzetbaar indien nodig.

Zorg voor de patiënten

Kwaliteit van zorg

Aangezien nog geen patiënten zijn opgenomen op de tbs-afdeling kan geen uitspraak worden gedaan over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Het 'zorgprogramma psychotische stoornissen in de terbeschikkingstelling met verpleging' is leidend voor de behandeling van toekomstige patiënten met een psychiatrische kwetsbaarheid. Het therapeutisch klimaat is gebaseerd op concepten van de therapeutische gemeenschap.

Gezien de kenmerken van de verwachte patiëntenpopulatie zal farmacotherapie een van de belangrijkste onderdelen zijn van de behandeling (van de psychiatrische stoornis). De afdeling kan beschikken over een psychiater die 24 uur per week als hoofd behandeling aanwezig is.

Het personeel valt onder de volledige verantwoordelijkheid van de van der Hoeven kliniek. Personeel afkomstig van de PI hebben hiervoor een detacheringsovereenkomst getekend. De personele bezetting is krap en bij ziekte wordt een beroep gedaan op het eigen personeel en niet op het personeel van de van der Hoeven kliniek of de PI. De achterwacht is vanuit de van der Hoeven kliniek gegarandeerd.

De afdeling kan gebruik maken van separeervoorzieningen van de PI. In één van de separeers is de vloer met siliconenkit afgewerkt. Dit kan voor de gesepareerde patiënt gevaar opleveren (lospeuteren en inslikken). De separeervoorziening kan via een lange en via een korte route worden bereikt. Beide routes hebben als nadeel dat trappen moeten worden afgedaald die smal

en/of opengewerkt zijn. De lange route heeft tevens als nadeel dat verschillende deuren moeten worden gepasseerd die alleen op afstand door de centrale post van de PI kunnen worden geopend. Tevens is bij deze route de privacy van de patiënt niet gegarandeerd wegens zicht vanuit de PI op een gedeelte van de route. Het vervoer van de patiënt kan bij beide routes leiden tot gevaarlijke situaties voor de betreffende patiënt en voor het begeleidend personeel. Het management van de afdeling gaat ervan uit dat separaties niet vaak nodig zullen zijn. Het past in de filosofie van de van der Hoeven kliniek om door middel van alternatieve interventies, zoals intensieve begeleiding, separaties te voorkomen. Het management is voornemens op de afdeling een afzonderingsruimte in te richten die kan dienen als 'time-out kamer' en zodoende preventief kan werken voor een separatie. Het management is van mening dat het mogelijk is binnen de afdeling (i.c. de separeer) geneeskundige handelingen onder dwang uit te voeren. In voorkomende gevallen wordt hiervoor het protocol van de van der Hoeven kliniek gevolgd.

Protocollen, richtlijnen en het elektronische patiëntendossier zoals die worden gebruikt in de Van der Hoeven kliniek zijn via een intranetverbinding op de afdeling toegankelijk.

Patiënten van de tbs-afdeling kunnen gebruik maken van de medische dienst van de PI. Ook de huisartsenzorg buiten kantooruren wordt gegarandeerd door de PI. De psychiatrische zorg buiten kantooruren wordt geregeld via de dienstdoende psychiater van de van der Hoeven kliniek. De medicatie wordt geleverd door de apotheker die een contract heeft met de Van der Hoeven kliniek. De levering vindt tweemaal per week plaats.

Een punt van aandacht is de continuïteit van zorg die in het gedrang kan komen door de korte tijd dat de afdeling zal bestaan. In ieder geval zal tijdig moeten worden begonnen met de afbouw van het patiëntenbestand en zijn garanties nodig om patiënten tijdig te kunnen overplaatsen.

Tbs en GW regime

De rol van het hoofdkantoor DJI heeft in de startfase tot enige meningsverschillen geleid. DJI was, volgens de directie, te laat met het aanvragen van de bouwvergunningen, waardoor vertraging werd opgelopen. Nadien werd volgens de Van der Hoevenkliniek door DJI druk op de kliniek

uitgeoefend om patiënten op te nemen. Deze meningsverschillen zijn opgelost en de locatie gaat binnenkort van start met haar eerste patiënten.

Met de andere klinieken die tbs-capaciteit in het gevangeniswezen vormgeven is nauwelijks overleg geweest, ervaringen van anderen zijn niet gebruikt. De van der Hoeven kliniek kiest ervoor zuiver in de diagnostiek te blijven en alleen de psychotisch, kwetsbare patiënten op te nemen. De directie stelt zich op het standpunt dat als dit “experiment” niet lukt en de behandeling van de patiënt op een locatie binnen een PI niet goed vormgegeven kan worden, de samenwerking beëindigd moet worden. Het goed vormgeven van de behandeling blijft de eerste prioriteit en als dat op deze locatie niet lukt dan verbindt men daar consequenties aan.

Conclusies

De Ist kan op dit moment nog geen uitspraken doen over de uitvoeringspraktijk in PI Wolvenplein. De Ist heeft in de voornemens van zowel kliniek als PI niet kunnen constateren dat het PI-regime voor de bejegening van de patiënten fundamentele verschillen zal veroorzaken met de bejegening in de kliniek. De kliniek bepaalt volledig wat voor de patiënt van belang is, de bedrijfsvoering van de PI is daaraan ondergeschikt. In de onderlinge afspraken is overeengekomen dat de kliniek leidend is, zolang de rechten van de gedetineerden niet in gevaar komen. De directie van PI Wolvenplein voorziet dat die situatie zich niet of nauwelijks zal voordoen.

De Ist constateert wel dat het gebouw zijn beperkingen kent. Dit zal naar verwachting vooral in de bewegingsvrijheid van de patiënt en in de verminderde nabijheid van allerlei kliniekvoorzieningen tot uitdrukking komen. De IGZ constateert dat de van der Hoeven kliniek de volledige verantwoordelijkheid neemt voor alles wat binnen de behandeling gaat gebeuren. De doelmatigheid en effectiviteit van het zorgprogramma zullen moeten blijken.

3 Conclusies

3.1 Algemeen

De tbs-afdelingen in de penitentiaire inrichtingen moesten snel, misschien wel overhaast, van start gaan. Hierdoor moest in de beginperiode veel geïmproviseerd worden en waren er veel onduidelijkheden. Dit heeft tijd en energie gekost, en voor irritatie bij personeelsleden en patiënten gezorgd.

Het hoofdkantoor DJI heeft zich niet actief opgesteld in het bieden van bijstand aan de klinieken en PI's. Naar de mening van de ISt had het voor de hand gelegen om in enigerlei vorm steun te geven, bij voorbeeld door het formuleren van randvoorwaarden, het opstellen van modellen of van een checklist, of zelfs maar het bevorderen dat ervaringen uitgewisseld worden.

De Inspecties hebben overigens geconstateerd dat het veld hier met gemengde gevoelens op reageert: enerzijds werd het uitblijven van steun als een gemis ervaren, anderzijds koestert men zijn vrijheid ten opzichte van het hoofdkantoor.

Het hierdoor ontstane gebrek aan uniformiteit heeft ook gevolgen gehad voor het personeel. Op de ene locatie werd meer loopbaanperspectief geboden aan piw'ers dan op de andere, en de rechtspositie loopt uiteen voor medewerkers die wel hetzelfde werk doen.

3.2 Rechtspositie patiënten, bejegening en beveiliging

Op de nieuwe tbs-afdelingen is de bejegening veelal directer en minder therapeutisch dan in de tbs-klinieken. Door veel personeelsleden en patiënten wordt dat als een voordeel ervaren.

De wettelijke rechten van patiënten worden gerespecteerd. De ISt heeft nergens inbreuken daarop vastgesteld.

Voor patiënten die al in een tbs-kliniek verbleven betekende plaatsing in een van de nieuwe afdelingen echter wel een forse achteruitgang.

Het feit dat een tbs-afdeling onderdeel is van een PI laat veel minder bewegingsvrijheid toe dan in een kliniek. Dat kan bij bepaalde categorieën

patiënten op gespannen voet staan met het doel van de tbs, of, omgekeerd, gevolgen hebben voor de selectie van patiënten voor deze afdelingen. Behoudens een enkele uitzondering (kerkbezoek) slagen de afdelingen er goed in te vermijden dat tbs-patiënten en gedetineerden in dezelfde ruimte verblijven.

Terwijl binnen de tbs-afdeling zoveel mogelijk de sfeer - en de mate van vrijheid - van een tbs-kliniek benaderd wordt, overheersen van de entree van het complex tot aan de afdeling de regels van de PI. Op het terrein van de veiligheid is volgens veel geïnterviewden het regime derhalve strenger dan in een tbs-kliniek. De ISt wil daar wel twee relativeringen bij aanbrengen: enerzijds zijn de betrokken PI's doorgaans bereid om op specifieke punten (zoals de criteria voor het wel of niet mogen invoeren van goederen) aan de tbs-kliniek tegemoet te komen, anderzijds is de beveiliging van de tbs-klinieken de laatste jaren aanzienlijk verscherpt. Er moge dus enig verschil zijn tussen een tbs-kliniek en een afdeling in een PI, maar het gaat niet meer om een aanzienlijk verschil.

3.3 De zorg voor de patiënten

De zorg die wordt geleverd door de tbs voorzieningen is nog niet op het peil van de zorg zoals die door de tbs-klinieken kan worden gegarandeerd. Een aantal randvoorwaarden ontbreken: patiënten kunnen nog onvoldoende gebruik maken van het behandelaanbod, zoals geformaliseerd in een operationeel zorgprogramma. Medewerkers afkomstig van de penitentiaire inrichtingen hebben weliswaar een begin gemaakt met scholing op het gebied van de tbs-problematiek, maar zijn nog onvoldoende geëquipeerd om volwaardige zorg te leveren. Het gebrek aan verpleegkundig personeel beperkt de mogelijkheden geneeskundige handelingen onder dwang uit te voeren, waardoor bijvoorbeeld een geïndiceerde medicamenteuze behandeling onder dwang niet binnen de tbs voorziening kan plaatsvinden. Een aantal patiëntveiligheidsaspecten is nog teveel afhankelijk van de voorzieningen van de penitentiaire inrichting. Dat uit zich vooral in de uitvoering van het separatiebeleid, waarbij logistieke-, veiligheids- en zorgproblemen kunnen optreden. Daarnaast bieden de PI voorzieningen echter ook mogelijkheden. De medische dienst zou bijvoorbeeld bij het voorkomen van separaties consequenter kunnen worden ingezet.

3.4 Beperkingen ten gevolge van het GW-regime

Soms is de tbs-afdeling gehuisvest in een separate ruimte die geheel is afgezonderd van de rest van de PI, en soms is er geen herkenbaar onderscheid t.o.v. de rest van het gebouw.

Dit heeft ook gevolgen voor de mate waarin de regimes van PI en tbs met elkaar interfereren. Waar het minst herkenbare gebouwelijke onderscheid is, blijken de regels van de PI het meest dominant.

Beperkingen die zich op alle locaties voordoen liggen met name op het terrein van de veiligheid (controle na bezoek en van ingevoerde goederen) en in de ongunstiger bezoektijden en in- en uitsluitijden.

3.5 Slotconclusie

De wederzijdse bevindingen en conclusies overziend komen ISt en IGZ tot de slotconclusie dat de nieuwe tbs-afdelingen in het gevangeniswezen op dit moment nog niet als een toereikende voorziening aangemerkt kunnen worden. Vooral de zorg is nog niet op het peil van de zorg zoals die door de tbs-klinieken kan worden gegarandeerd. De Inspecties zijn zich er echter van bewust dat het gaat om een voorziening die net gestart is, onder hoge druk, voor een moeilijke groep patiënten en met weinig begeleiding vanuit het hoofdkantoor DJI. Het is begrijpelijk dat deze afdelingen binnen de PI's nog enige tijd nodig hebben om uit te groeien tot een volwaardige voorziening. De hierna volgende aanbevelingen zijn mede daarop gericht. De Inspecties zijn voornemens, uiterlijk een jaar na vaststelling van dit rapport een vervolgonderzoek te doen.

4. Aanbevelingen

Aan het hoofdkantoor DJI:

- Maak een inventarisatie van de verschillende samenwerkingsconstructies waarvoor gekozen is en de consequenties daarvan voor het personeel (denk aan soort dienstverband, functiebenaming en inschaling). Tref waar nodig en mogelijk meer uniforme regelingen.
- Evalueer de totstandkoming van de tbs-afdelingen in het GW met het oog op de vraag of in toekomstige gevallen het hoofdkantoor niet meer een begeleidende, stimulerende, kaderstellende of coördinerende rol kan spelen, waardoor meer uniformiteit ontstaat en de instellingen werk bespaard wordt.
- Stimuleer en ondersteun de tbs-afdelingen bij het verder ontwikkelen en implementeren van een evidence-based behandelaanbod en zorgprogrammering.

Aan de klinieken:

- Verschaf, nu de afdelingen nog in een beginfase verkeren, aan de patiënten zo goed mogelijk duidelijkheid over wat zij in de toekomst kunnen verwachten aan voorzieningen en bewegingsvrijheid, en wanneer zij dat kunnen verwachten.
- Verschaf, in samenspraak met het hoofdkantoor DJI, duidelijkheid over welke categorieën tbs-patiënten wel en niet voor plaatsing in de nieuwe afdelingen in aanmerking komen.
- Ontwikkel en implementeer een evidence-based behandelaanbod en zorgprogramma's bij voorkeur in samenwerking met de andere voorzieningen met een vergelijkbare patiëntenpopulatie.
- Zorg voor voldoende deskundigheid en mogelijkheden om binnen de voorziening geneeskundige handelingen onder dwang uit te voeren.

- Zorg voor een patiënt- en personeelveilig separatiebeleid.
- Stem de toegang tot relevante patiëntinformatiesystemen af met de PI.

Aan de PI's:

- Ga in overleg met de kliniek na waar de tbs-afdeling onderhevig is aan beperkingen die uit het GW-regime voortvloeien, en probeer oplossingen te vinden om die beperkingen te minimaliseren.
- Ga in overleg met de kliniek na waar gebouwelijke beperkingen aangepast kunnen worden zodat de invloed van deze beperkingen geminimaliseerd kan worden.
- Stem de toegang tot relevante patiëntinformatiesystemen af met de tbs-voorziening.

Bijlage 1: Toetsingskader Inspectie voor de Sanctietoepassing

RECHTSPOSITIE			
Specifiek toezichtcriterium	Hoofdvraag	Aanzet tot norm en bron	Informatievraag
De kliniek/fpk draagt zorg voor het garanderen van de rechten van de tbs-gestelde.	1. Hoe wordt voorkomen dat op rechten van tbs-gestelden onnodige inbreuken worden gemaakt?	Tbs-gestelden worden aan geen andere beperkingen onderworpen dan die welke voor het doel van de vrijheidsbeneming of in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de kliniek/fpk noodzakelijk zijn. (art. 2 lid 1 en 2; Beginselenwet)	Draagt de kliniek/fpk er zorg voor dat de privacy gedurende celinspecties, bij het ontvangen van bezoek, bij urinecontroles zo min mogelijk wordt beperkt?
			Vinden inbreuken op de lichamelijke integriteit op grond van duidelijke voorschriften en alleen plaats in situaties waarbij een minder ingrijpend middel niet effectief is (gebleken) of niet voorhanden is?
	2. Waarborgt de kliniek de rechten van tbs-gestelden?	De rechten die de tbs-gestelde conform de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden heeft, worden gewaarborgd.	Wordt de tbs-gestelde onderworpen aan beperkingen tengevolge van het GW-regime in de inrichting?
			Wordt aan de rechten van de tbs-gestelde uit de Beginselenwet op dezelfde manier vorm en inhoud gegeven als dat in de tbs-kliniek zou geschieden?

			Vindt het bezoek plaats in de bezoekszaal? Gescheiden van de overige gedetineerden?
			Vindt bibliotheekbezoek, kerkbezoek, sport en/of lichten gescheiden plaats?

VEILIGHEID EN BEHANDELING			
Specifiek toezichtcriterium	Hoofdvraag	Aanzet tot norm en bron	Informatievraag
Regelgeving gericht op handhaving orde en veiligheid wordt nageleefd.	3. Is er een visie op de verhouding van veiligheid en behandeling?	Er is een schriftelijk geformuleerde visie op de verhouding tussen beveiliging en behandeling.	Wat is de visie van de kliniek op de verhouding van veiligheid en behandeling?
			Wat is de visie als de veiligheid van het regime van GW interfereert met de belangen van de behandeling binnen het tbs-regime?
			Zijn alle medewerkers op de hoogte van de visie op de verhouding tussen veiligheid en behandeling?

			Wordt in deze visie uitgegaan van de integratie van veiligheid en behandeling of wordt er een onderscheid gemaakt tussen veiligheid en behandeling?
	4. Hoe worden veiligheidsrisico's afgewogen in relatie tot de behandeling?	Bij de behandeling worden alle veiligheidsrisico's stelselmatig afgewogen. (Memorie van toelichting bij beginselenwet, par. 2.4)	Hoe vindt de afweging tussen veiligheidsrisico's en behandelbelangen plaats? Wie maakt deze afweging?
			Wordt er in de teams stelselmatig aandacht besteed aan teamvorming als een sociale en informele voorwaarde voor veiligheid?
			Welke procedures en protocollen worden gehanteerd bij het afwegen van veiligheidsrisico's binnen de behandeling? Is altijd duidelijk of en welke concessies gedaan worden aan de veiligheid bij het bepalen van de grenzen van de behandeling van een tbs-gestelde?

			Welke functionarissen zijn daarbij betrokken?
		Het nemen van maatregelen in het kader van orde en veiligheid binnen de kliniek vindt na zorgvuldige afweging plaats (proportioneel), niet willekeurig en met in achtneming van de voorschriften en door daartoe bevoegde functionarissen. (art. 27, 30, 32 en 34, Beginselenwet)	Zijn er in de kliniek schriftelijke richtlijnen met betrekking tot het treffen van maatregelen in het kader van orde en veiligheid?
			Komen die richtlijnen overeen met wet- en regelgeving?
			Zijn die regels in overeenstemming met de regels van de PI? Of conflicteren ze regelmatig?
			Hoe verhouden deze maatregelen zich met de mogelijkheden van disciplinaire straffen?
			Zijn de richtlijnen duidelijk voor medewerkers?
			Worden tbs-gestelden op de hoogte gesteld van deze richtlijnen?
			Hoe en wanneer?
			Op welke wijze wordt intern toezicht gehouden op het zorgvuldig en proportioneel toepassen van maatregelen in het kader van orde en veiligheid?

			Wordt bij de toepassing van geweld achteraf de arts ingeschakeld om toe te zien op de conditie van de tbs-gestelde?
5. Welk beleid ten aanzien van onderzoek en visitatie wordt gehanteerd?	Het hoofd van de inrichting is bevoegd de tbs-gestelde aan lichaam en kleding te onderzoeken. (art. 23, lid 1, Beginselenwet)	Vindt onderzoek van kleding en visitatie van de tbs-gestelde plaats na afloop van bezoek of na terugkomst van verlof of ambulante behandeling?	
		Indien visitatie plaats vindt is dat steekproefsgewijs of stelselmatig?	
		Komt het voor dat de tbs-gestelde wordt gevisiteerd tengevolge van het GW-regime?	
		Welke functionarissen voeren de visitaties uit?	
	Het hoofd van de inrichting kan bepalen dat een tbs-gestelde in het lichaam wordt onderzocht. (art. 25, lid 1, Beginselenwet)	Hoe wordt bepaald dat er sprake is van een zo ernstig gevaar voor de veiligheid van de inrichting dat een tbs-gestelde in het lichaam dient te worden onderzocht?	
		Wordt hierover stelselmatig gerapporteerd?	
Worden deze rapporten altijd in het dossier opgenomen?			

			Wie is bevoegd tot het opleggen van disciplinaire straffen?
			Welke functionarissen zijn hierbij betrokken?
			Wordt het opleggen van een disciplinaire straf altijd in het dossier vastgelegd?
	7. Welke medewerkers hebben een rol bij de handhaving van de orde en veiligheid in de inrichting?	Voldoende medewerkers worden structureel geschoold en getraind zodat er altijd voldoende vaardigheid is in het handhaven van orde en veiligheid. Hierbij is aandacht voor proportionele toepassing. (art. 30, Beginselenwet)	Hoe is de groep medewerkers op de tbs-afdeling samengesteld? Combinatie van medewerkers kliniek en PI?
			Welk opleidingsniveau heeft men?
			Hoe is het PI personeel geschoold?
			Zijn alle medewerkers geschoold in de dienstinstructies gericht op handhaving van orde en veiligheid?
			Hoe vaak worden deze medewerkers getraind in de dienstinstructies gericht op handhaving van orde en veiligheid?
			Hoe vaak wordt getoetst of medewerkers vaardigheid hebben in het handhaven van orde en veiligheid?

Er wordt samengewerkt met relevante ketenpartners (om de gevolgen van incidenten te beheersen en calamiteiten te voorkomen op het terrein van veiligheid)	8. Hoe wordt er samengewerkt met de PI of met andere partners bij deze tenuitvoerlegging van tbs binnen GW? Welke partners zijn dat?	Samenwerking bestaat tenminste uit: – er zijn randvoorwaarden gecreëerd zodat incidenten beheerst worden en calamiteiten zoveel mogelijk voorkomen worden. – er is sprake van periodiek overleg met de meest relevante ketenpartners.	Zijn er (schriftelijke) afspraken over de samenwerking met de PI waarin verantwoordelijkheden en bevoegdheden van beide partijen helder beschreven zijn?
			Vindt er regelmatig overleg plaats tussen partijen omte zorgen voor een goede afstemming?

Bijlage 2: Toetsingskader Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Kwaliteitswet zorginstellingen vereist in artikel 3 dat de zorgaanbieder de organisatie op zodanige wijze organiseert dat dit bijdraagt aan het leveren van verantwoorde zorg. Daarnaast moet de zorgaanbieder de instelling in combinatie met een kwalitatief en kwantitatief goede personele bezetting en een goede verantwoordelijkheidsverdeling zodanig voorzien van materiële middelen, dat dit leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg zoals bedoeld in artikel 2 van de wet. Dit impliceert zorg van goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daarnaast geeft de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) de kaders aan voor de deskundigheidsgebieden van de BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, waarop de tuchtrechtspraak van toepassing is indien wordt nagelaten verantwoorde zorg te verlenen. Tevens waakt de Inspectie voor de Gezondheidszorg, op basis van artikel 63 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) voor de op het terrein van de volksgezondheid betrekking hebbende belangen van alle personen wier geestvermogens zijn gestoord. De Inspectie ziet toe op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van deze personen.

Aandachtgebieden voor themaonderzoek TBS in het gevangeniswezen:

- zorgaanbod en zorgprogramma's
- medische en psychiatrische zorg
- patientveiligheid
- personeel, samenwerking en dossiervoering
- separatiebeleid
- medicatiebeleid

De aspecten van zorg die binnen de aandachtsgebieden worden getoetst worden gescoord volgens de normering: afwezig — aanwezig — operationeel — geborgd.

Bijlage 3: Voorbeeld bezoekprogramma

Programma thematisch onderzoek PI Noord Brabant Noord, locatie Oosterhoek

Aankomst: 10.00 uur: korte ontvangst

10.15 uur — 11.00 uur: Rondleiding door de leidinggevende(n) van de verblijfsafdeling van de patiënten. Bezichtigen van de verblijfsruimten, de arbeid/therapie ruimte, de separeervoorziening en de bezoekfaciliteiten.

11.00 uur — 11.45 uur: Interview met de locatieverantwoordelijke(n) op directieniveau.

11.45 uur — 12.45 uur: Interview met 4 personeelsleden van de afdeling (bij voorkeur een combinatie van personeelsleden afkomstig uit het gevangeniswezen en uit de tbs, waaronder een verpleegkundige.)

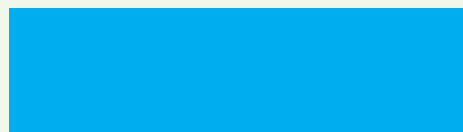
*12.45 uur - 13.15 uur: lunch, voorbereiding middagprogramma
N.B.: géén gezamenlijke maaltijd*

13.15 uur - 14.15 uur: Interview met een vertegenwoordiging(3 à 4) van de patiënten. Bij voorkeur een groep die samengestelde is uit de aanwezige categorieën patiënten.

14.15 uur — 15.15 uur: Interview met stafleden, bij voorkeur: behandelcoördinator, GZ-psycholoog, psychiater, vaktherapeut.

15.30 uur — 16.15 uur: Interview met vertegenwoordigers van de Commissie van Toezicht, aangevuld met de jurist van de kliniek.

16.15 uur — 17.15 uur: Interview met directievertegenwoordiging van de tbs-kliniek.



Justitie werkt aan een veiliger samenleving

Justitie voorkomt en bestrijdt criminaliteit.

Adequate opsporing, snelle berechting en

consequente uitvoering van straffen en

maatregelen zorgen dat Nederland veiliger

wordt.