

TBS-klinieken: toekomst in gezamenlijkheid?

**Samenvattende rapportage van de algemeen-toezichtbezoeken
aan de acht TBS-klinieken in 2005**

Den Haag, november 2006

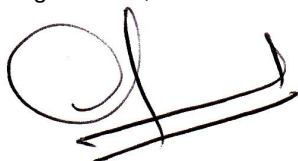
Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De TBS-klinieken hebben een belangrijke functie in het circuit van de forensische psychiatrie en vormen voor veel delinquenten die verminderd toerekeningsvatbaar een ernstig misdrijf hebben gepleegd, de noodzakelijke schakel tussen de penitentiaire inrichting en de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

In dit rapport wordt het resultaat van methodisch en systematisch uitgevoerde toezichtbezoeken aan de TBS-klinieken weergegeven. De vorige rapporten hebben betrekking op bezoeken in 2000 en in 2003. De inspectie stelt vast dat de positieve beweging die de TBS-klinieken sinds 2003 doormaken, verder is doorgezet. Hoewel in toenemende mate aandacht is voor effectieve behandelingen, risicotaxatie, de mate van resocialiseerbaarheid van de patiënten en wetenschappelijk onderzoek, wordt kennis en ervaring hieromtrent nauwelijks tussen de klinieken uitgewisseld of gedeeld. Tevens is het farmacotherapiebeleid, waarop veel behandelingen zijn gebaseerd, nog onvoldoende uitgewerkt. Een positieve ontwikkeling is dat de medezeggenschap van de patiënten verder aan belang wint. Daarnaast komt de inspectie tot de conclusie dat enkele aanpassingen in het beleid van de ministeries van VWS en Justitie de overgang van de TBS-kliniek naar de reguliere zorg moet helpen bevorderen en dat aanpassing van wet- en regelgeving op sommige punten gewenst is.

Gelet op de plannen van aanpak die de klinieken al hebben toegezonden naar aanleiding van de maatregelen die de inspectie op basis van de bevindingen nodig acht, heb ik er vertrouwen in dat de klinieken bereid zijn om de noodzakelijke verdere verbeteringen door te voeren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Prof. Dr. G. van der Wal

Den Haag, november 2006

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2005 toezichtbezoeken gebracht aan de acht TBS-klinieken. Deze toezichtronde vond plaats in navolging van inspectietoezicht in 2000 en in 2003, dat is uitgevoerd op verzoek van de ministers van Justitie en VWS.

Geconcludeerd wordt dat de positieve beweging die de TBS-klinieken sinds 2003 doormaken, verder is doorgezet. Het merendeel van de klinieken heeft ten opzichte van 2003 een aantal inhoudelijke verbeteringen doorgevoerd in de organisatie van de zorg en in het behandelaanbod. Voor drie klinieken geldt dat zij bij collega-instellingen achterblijven bij het creëren van randvoorwaarden voor verantwoorde zorg, waaronder de uitwerking van een missie en een zorgvisie en in de ontwikkeling van zorgprogramma's. De acht klinieken hebben geen beleidsvisie op de farmaceutische zorg en de borging van de kwaliteit van het farmaceutisch proces is nog onvoldoende.

Op basis van het toezicht blijkt dat de klinieken weliswaar in toenemende mate aandacht hebben voor effectieve en doelmatige behandelingen, maar de kennis hieromtrent binnen de TBS-sector te weinig wordt gedeeld. Het blijkt dat elke kliniek haar zorgprogrammering min of meer op een eigen leest schoeit. De inspectie beveelt dan ook aan dat de klinieken meer in gezamenlijkheid het TBS-behandelbeleid bepalen. Deze verscheidenheid wordt ook geconstateerd bij de initiatieven om effectiviteitsonderzoek te doen.

Een aantal klinieken investeert in wetenschappelijk onderzoek en de implementatie van de resultaten van dit onderzoek, maar gaan veelal hun eigen weg. Het is daarom van belang dat de TBS-klinieken gezamenlijk een eenduidig onderzoeksbeleid ontwikkelen, waarbij toegepaste zorgprogramma's of behandelmodulen permanent op effectiviteit getoetst moeten worden.

Er lijkt in toenemende mate kennis voorhanden te zijn om te kunnen vaststellen bij wie behandeling zinloos is. Naast de mate waarin een patiënt behandelbaar is, kan gedurende het hele verblijf in een TBS-kliniek de mate van resocialiseerbaarheid worden vastgesteld. Indien behandeling en/of resocialisatie niet meer aan de orde is, is adequate verpleging aangewezen (de longstay). Indien behandeling en/of resocialisatie wel aan de orde is, moet er gedurende het veranderingsproces uitdrukkelijk aandacht zijn voor risicotaxatie. Uit het toezicht blijkt dat alle klinieken veel meer kennis hebben van risicotaxatie en deze methodiek gebruiken bij het verloop- en uitstroomproces.

De inspectie heeft geconstateerd dat de TBS-klinieken nog steeds terughoudend zijn met het toepassen van geneeskundige handelingen onder dwang in de vorm van gedwongen medicamenteuze behandelingen. De ruimte die de Beginselenwet hiervoor geeft, is beperkt. Daarom beveelt de inspectie aan wet- en regelgeving aan te passen zodat dwangbehandeling zoals bedoeld in de Wet Bopz, binnen de TBS-klinieken mogelijk wordt.

Medezeggenschap van patiënten wint aan belang en alle klinieken maken werk van patiëntenparticipatie en het uitvoeren van patiënttevredenheidsonderzoek.

De samenwerking met andere instellingen op het terrein van de forensische psychiatrie en de reguliere gezondheidszorg is weliswaar geïntensiveerd, maar levert nog te weinig resultaat op.

De inspectie is voornemens, conform de afspraak met de ministers van Justitie en VWS, tweejaarlijks toezicht te houden in de TBS-klinieken.

Inhoudsopgave

Samenvatting 5

1 Inleiding 11

- 1.1 Achtergrond 11
- 1.2 Toezichtbezoeken 11
- 1.3 Werkwijze 11
- 1.4 Geaggregeerde rapportage 12

2 Conclusies en maatregelen 13

- 2.1 Algemene conclusies 13
 - 2.1.1 De positieve beweging van de TBS-klinieken zet door 13
 - 2.1.2 Aandacht voor effectief en doelmatig behandelen te weinig gedeeld 13
 - 2.1.3 Effectiviteitsonderzoek komt van de grond, maar niet in gezamenlijkheid 13
 - 2.1.4 Behandelbaarheid tijdig bepalen 14
 - 2.1.5 Risicotaxatie bijna routine 14
 - 2.1.6 Uitstroombmogelijkheden vergroten 14
 - 2.1.7 Toepassing van dwang vereist nog steeds aandacht 14
 - 2.1.8 Het voorkomen van gezondheidsschade krijgt steeds meer aandacht 15
 - 2.1.9 Medezeggenschap van patiënten wint aan belang 15
 - 2.1.10 Beleidsvisie op de farmaceutische zorg ontbreekt 15
 - 2.1.11 Kwaliteitsborging van het farmaceutisch proces nog onvoldoende 15
- 2.2 Conclusies op kliniekniveau 15
 - 2.2.1 Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen 15
 - 2.2.2 Pompestichting te Nijmegen 16
 - 2.2.3 Dr. van der Hoeven Kliniek, centrum voor klinische forensische psychiatrie te Utrecht 17
 - 2.2.4 De Kijvelanden te Poortugaal 18
 - 2.2.5 De Rooyse Wissel te Venray 19
 - 2.2.6 Flevo Future te Utrecht en Amsterdam 19
 - 2.2.7 Oldenkotte, centrum voor forensisch psychiatrische zorg te Rekken 20
 - 2.2.8 FPC Veldzicht te Balkbrug 21
- 2.3 Maatregelen 22
 - 2.3.1 Maatregelen op het niveau van de afzonderlijke klinieken 23
 - 2.3.2 Maatregelen voor de rijksoverheid (ministeries van Justitie en VWS) in samenwerking met het veld 23
 - 2.3.3 Maatregelen voor de TBS-klinieken (management en/of disciplines) 23

3 Resultaten 24

- 3.1 Missie, zorgvisie en zorgprogrammering 24
 - 3.1.1 Missie veelal goed uitgewerkt, zorgvisies divers 24
 - 3.1.2 Implementeren van zorgprogramma's (toch nog) in de kinderschoenen 24
 - 3.1.3 Meerjarenbeleid steeds meer gebaseerd op gestandaardiseerd kwaliteitsmodel 25
- 3.2 Bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg 26
 - 3.2.1 Niet alle klinieken presenteren kwaliteitsjaarverslag 26
 - 3.2.2 Aandacht voor gebruik kwaliteitssystemen neemt toe 26

- 3.2.3 Kwaliteitscommissies wel aanwezig, maar nog onvoldoende operationeel 26
- 3.2.4 Goede wetenschappelijke initiatieven meer delen 26
- 3.2.5 De ontwikkeling van vakgroepen vordert gestaag 27
- 3.3 Organisatieontwikkeling, formatie- en personeelsbeleid 27
 - 3.3.1 Multidisciplinair werken bijna standaard 27
 - 3.3.2 Veel aandacht voor deskundigheidsbevordering 27
 - 3.3.3 Personeels- en BIG-beleid 28
 - 3.3.4 Adequate protocollen voorbehouden handelingen, scholing kan beter 28
 - 3.3.5 Professioneel statuut is niet gangbaar 28
- 3.4 Patiëntveiligheid 28
 - 3.4.1 Procesbeschrijving risico-inventarisatie laat te wensen over 29
 - 3.4.2 Protocollen- en richtlijnenbeleid ondersteunt toenemend het primaire proces 29
 - 3.4.3 De MIP/FONA-commissies kunnen nog veel aan relevantie winnen 29
- 3.5 Behandelplannen en dossiervorming 29
 - 3.5.1 Dossierbeleid en -ordering veelal op orde 30
 - 3.5.2 Format behandelplan gestandaardiseerd 30
 - 3.5.3 Multidisciplinaire samenwerking voldoende 30
 - 3.5.4 Periodieke evaluatie verpleging en behandeling gebeurt consequent 30
- 3.6 Geneeskundige handelingen onder dwang 30
 - 3.6.1 Nauwelijks beleidsvisie toepassen geneeskundige handelingen onder dwang 31
 - 3.6.2 Toepassen geneeskundige handelingen onder dwang wel geprotocolleerd 31
- 3.7 Plaatsen in isoleer- of separeerruimte 31
 - 3.7.1 Geen beleidsvisie voor het plaatsen in een isoleer- of separeerruimte 31
 - 3.7.2 Plaatsen van patiënten in isoleer- of separeerruimte wel geprotocolleerd 32
- 3.8 Toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg 32
 - 3.8.1 Samenwerking binnen forensisch psychiatrisch circuit geregeld 32
 - 3.8.2 Nauwelijks gestructureerd beleid (interne) wachttijden 32
 - 3.8.3 Uitstroombeleid divers en aantal longstay-patiënten aanzienlijk 33
 - 3.8.4 Ondanks intensieve samenwerking weinig doorstroming naar reguliere GGZ 33
- 3.9 Visie en organisatie ontwikkeling farmaceutische zorg en het farmaceutische proces 33
 - 3.9.1 Een beleidsvisie op de farmaceutische zorg ontbreekt, zorg voor de kwaliteit van de geneesmiddelendistributie niet verankerd 33
 - 3.9.2 Invulling van de taak toezichthoudend apotheker binnen de instelling moet verbeterd 34
 - 3.9.3 Implementatie van een geneesmiddelenformularium vraagt nog steeds aandacht 34
 - 3.9.4 Autorisatie van recepten een aandachtspunt 34
 - 3.9.5 Medicatiebewaking door apotheker voldoende 34
 - 3.9.6 Risicovolle momenten gesignaleerd bij het uitzetten en verstrekken van de geneesmiddelen 35
 - 3.9.7 De werkwijze bij medicatie in eigen beheer is niet vastgesteld 35
 - 3.9.8 Veelal onnodig risico door overschrijven medicatieoverzicht 35
 - 3.9.9 Afspraken over overdracht medicatiegegevens ontbreken 35

- 3.9.10 Multidisciplinaire bespreking van de individuele farmacotherapie vindt niet structureel plaats 35
- 3.9.11 Verantwoordelijkheden in het beheer van de geneesmiddelenvoorraden beter invullen 36
- 3.9.12 Bekwaamheid verpleegkundige enige waarborg voor de kwaliteit van het voor toediening gereedmaken van injecties 36

4 Summary 37

Bijlage

- 1 Aanwezigheid en operationalisatie van de onderwerpen van toezicht 39

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De TBS-klinieken geven uitvoering aan de verpleging en behandeling van ter beschikking gestelden overeenkomstig de eisen die zijn vastgelegd in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, het Reglement verpleging ter beschikking gestelden en de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Aangezien het doel van de opname in een TBS-kliniek tweeledig is - beveiliging van de samenleving en vermindering van het delict risico door middel van verpleging en behandeling van de patiënt - onderscheiden deze klinieken zich wat betreft doelstelling, werkwijze en wetgevend kader nadrukkelijk van de reguliere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ-instellingen). De Inspectie voor de Gezondheidszorg is in de TBS-klinieken belast met de bewaking en bevordering van de kwaliteit van (de organisatie van) de zorg en de beoordeling van de toepassing van de geneeskundige handelingen onder dwang. Intensief toezicht is nodig vanwege het grote belang voor de samenleving van kwalitatief verantwoorde zorg voor de ter beschikking gestelden. Toezicht is tevens aangewezen omdat de verpleging en de behandeling geboden worden in een gesloten setting en in een aantal gevallen gepaard gaat met de toepassing van geneeskundige handelingen onder dwang.

1.2 Toezichtbezoeken

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op verzoek van de minister van Justitie in 2000 en in 2003 de kwaliteit van de (organisatie van de) zorg van de negen TBS-klinieken op methodische en systematische wijze in beeld gebracht. In 2003 heeft de inspectie geconstateerd dat alle klinieken sinds de bezoeken in 2000 aanzienlijke verbeteringen in de (organisatie van de) zorg hebben doorgevoerd, maar ook dat er nog veel moet gebeuren. De ontwikkelingen verschilden per instelling. Sommige klinieken moesten nog veel energie steken in het scheppen van de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg, andere klinieken hadden reeds aandacht voor de ontwikkeling van toekomstplannen en inhoudelijke verdieping.

De bevindingen uit 2003 hebben geleid tot een aantal aanbevelingen. Daarnaast is met de bewindsvaarders van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) afgesproken dat de IGZ de ontwikkelingen in deze sector nauwgezet zou volgen, onder andere door in 2005 wederom een toezichtbezoek aan alle TBS-klinieken te brengen. In de onderhavige rapportage wordt in het bijzonder ingegaan op de ontwikkelingen die in deze sector sinds 2003 hebben plaatsgevonden en op belangrijke bevindingen tijdens de herhaalde toezichtbezoeken. In 2005 is tijdens de toezichtbezoeken additioneel aandacht besteed aan de kwaliteit en de organisatie van de farmaceutische zorg.

1.3 Werkwijze

Het inspectietoezicht 2005 is uitgevoerd bij alle TBS-klinieken (juni-juli 2005). Daarnaast is, analoog aan 2003, een bezoek gebracht aan de Stichting Hoeve Boschoord, een categorale orthopedagogische voorziening voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten die onder meer 86 plaatsen beschikbaar heeft voor TBS-gestelden uit deze doelgroep. Vanwege het verschil in doelgroepen, werkwijzen en wettelijke kaders worden de bevindingen van dit toezichtbezoek niet in de geaggregeerde rapportage meegenomen.

Hoewel beide vestigingen van TBS-kliniek Flevo Future in Utrecht en Amsterdam zijn bezocht, wordt hierover gezamenlijk gerapporteerd, in tegenstelling tot het inspectierapport uit 2003.

De bezoeken zijn gebracht door drie inspecteurs voor de gezondheidszorg, waarvan twee met expertise in de geestelijke gezondheidszorg en één met expertise op het gebied van de farmaceutische zorg. Tijdens de bezoeken zijn tien thema's besproken op het gebied van de medisch psychiatrische zorg en twee thema's die betrekking hebben op de farmaceutische zorg. Voorafgaand aan de bezoeken is actuele documentatie opgevraagd en is door de klinieken een vragenlijst ingevuld.

De bezoeken zijn op gelijke wijze opgebouwd en bestonden uit gesprekken met (een delegatie van) de directie, de behandelstaf, de groepsleiding, de medische dienst, de cliëntenraad, de toezichthoudend apotheker en een verpleegkundige van de medische dienst. Tevens is de dossiervoering op systematiek onderzocht en is een bezoek gebracht aan de opslagplaatsen voor geneesmiddelen.

De directies van de TBS-klinieken hebben separaat een rapport ontvangen met de resultaten van het toezicht in hun kliniek. Deze rapporten zijn tevens gestuurd naar de minister van Justitie, de minister van VWS, de sector TBS van de Dienst Justitiële Inrichtingen en de directie GVM van het ministerie van VWS.

De klinieken zijn verzocht binnen 3 maanden een plan van aanpak aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor te leggen, waaruit blijkt welke maatregelen binnen welke termijn worden getroffen om de kwaliteit van de zorg (verder) te verbeteren. Alle klinieken hebben aan dit verzoek voldaan en uit de plannen van aanpak blijkt dat verbeterplannen voortvarend ter hand worden genomen. Aan een aantal klinieken is nadere informatie en/of toelichting gevraagd wat betreft hun plan van aanpak om de farmaceutische zorg te verbeteren.

1.4 Geaggregeerde rapportage

In deze samenvattende rapportage wordt ingegaan op de bevindingen uit de acht toezichtbezoeken. De gegevens zijn geaggregeerd en daarmee in algemene zin niet herleidbaar tot de verschillende klinieken.

Echter, in lijn met de eerder gehanteerde werkwijze wordt een aantal resultaten van de verschillende TBS-klinieken onder vermelding van de naam van de klinieken in de rapportage gepresenteerd. De klinieken hebben hiertegen geen bezwaar kenbaar gemaakt, hetgeen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg zeer wordt gewaardeerd.

2 Conclusies en maatregelen

2.1 Algemene conclusies

2.1.1 De positieve beweging van de TBS-klinieken zet door

Het merendeel van de klinieken heeft ten opzichte van 2003 een aantal inhoudelijke verbeteringen doorgevoerd. Voor deze klinieken geldt dat zij voldoen aan de randvoorwaarden voor het verlenen van verantwoorde zorg. Zij verkeren in de fase van inhoudelijke verdieping van het behandelaanbod, vooral door middel van het verbeteren en invoeren van zorgprogrammering en door een start te maken met het meten van effecten van behandelingen. Voor drie klinieken geldt dat zij bij collega-instellingen achterblijven bij het creëren van de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg, waaronder de uitwerking van een missie en een zorgvisie in de ontwikkeling van zorgprogrammering en de inrichting van een effectief (farmacotherapeutisch) kwaliteitsbeleid.

2.1.2 Aandacht voor effectief en doelmatig behandelen te weinig gedeeld

De TBS-patiëntenpopulatie kenmerkt zich door complexe en verweven psychiatrische stoornissen en gedragsstoornissen. Tevens is sprake van onvrijwillige detentie en een hiermee vaak samenhangende lage behandelmotivatie van patiënten. Daarom is het van belang dat in ieder geval kennis gebaseerd op de stand van de wetenschap op deelgebieden (psychose, persoonlijkheidsstoornissen, verslaving) zoals in de reguliere geestelijke gezondheidszorg, verder wordt geïmplementeerd. Voor de behandeling van TBS-patiënten, waarbij het delict uitgangspunt is, kan echter niet alleen worden volstaan met deze kennis. In dit kader besteden alle TBS-klinieken aandacht aan de ontwikkeling van zorgprogramma's. Uit de resultaten van de TBS-toezichtronde 2005 blijkt dat de meeste TBS-klinieken werken met (in ieder geval) een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen en een zorgprogramma voor psychotici. Het blijkt echter dat elke kliniek haar zorgprogrammering min of meer op een eigen leest schoeit. De organisatie per kliniek verschilt sterk in aard en cultuur en derhalve wordt ook de zorgprogrammering in elke kliniek verschillend geconcipieerd en geïmplementeerd.

2.1.3 Effectiviteitsonderzoek komt van de grond, maar niet in gezamenlijkheid

Een aantal klinieken investeert in wetenschappelijk onderzoek en de implementatie van de resultaten van dit onderzoek. Echter, de TBS-klinieken zijn gezamenlijk nog onvoldoende 'centers of excellence' terwijl zij dit, gelet op hun zeer complexe populatie, zonder meer zouden moeten zijn. Er zou uitsluitend volgens de geldende, geaccepteerde behandelingsmogelijkheden en zoveel mogelijk evidence based moeten worden gewerkt. Hierbij is het evident dat de acht klinieken niet elk hun eigen weg gaan, maar is het van belang, zowel inhoudelijk als wat betreft de externe legitimatie, dat de TBS-klinieken gezamenlijk een eenduidig onderzoeksbeleid ontwikkelen. Om eenduidigheid en vergelijkbaarheid van aanpak te stimuleren, moeten (sommige) TBS-klinieken minder met elkaar wedijveren. Toegepaste zorgprogramma's of behandelmodulen dienen permanent op effectiviteit getoetst te worden. Dat kan per kliniek, maar het is doeltreffender multicenter onderzoek te doen, waarbij ook de vergelijking tussen klinieken mogelijk is en/of een van de klinieken als referentie (controlegroep) fungeert. Op deze manier werken alle klinieken mee aan de verdere ontwikkeling van

evidence-based behandelingen en kunnen niet-effectief gebleken behandelingen in de hele sector worden gestopt.

2.1.4 Behandelbaarheid tijdig bepalen

Voor de resultaten van de TBS-behandeling en uit doelmatigheidsoverwegingen is het aangewezen zo vroeg mogelijk na de opname in een TBS-kliniek de behandelbaarheid van de stoornis van de patiënt vast te stellen. Er lijkt in toenemende mate kennis voorhanden te zijn om te kunnen vaststellen bij wie behandeling zinloos is. Naast de mate waarin een patiënt behandelbaar is, kan gedurende het hele verblijf in een TBS-kliniek de mate van resocialiseerbaarheid worden vastgesteld. Indien behandeling en/of resocialisatie niet meer aan de orde is, is adequate verpleging aangewezen (de longstay). Ten behoeve van de houdbaarheid van het systeem is het van belang voortvarend uitwerking te geven aan een gedifferentieerde uitbouw van longstay-voorzieningen voor patiënten die langer dan zes jaar (waarschijnlijk blijvend) een maatregel krijgen opgelegd.

Indien behandeling en/of resocialisatie wel aan de orde is, moet gedurende het veranderingsproces uitdrukkelijk aandacht zijn voor risicotaxatie.

2.1.5 Risicotaxatie bijna routine

In Nederland vindt in toenemende mate wetenschappelijk onderzoek plaats naar de bruikbaarheid en effectiviteit van risicotaxatie-instrumenten. Mede uit de toezichtronde TBS 2005 blijkt dat de winst die bijna alle klinieken hebben behaald, ligt in het feit dat er veel meer kennis is en wordt ingezet met betrekking tot risicotaxatie in het verlof- en uitstroombepalingsproces. Ook deze taxatie geeft echter geen volledige zekerheid ten aanzien van het recidiverisico. De bepaling van de mate waarin hieromtrent risico's aanvaardbaar zijn, moet niet liggen bij de behandelaar of bij de kliniek. Het is aan de maatschappij c.q. de politiek om aan te geven welke 'foutmarge' men van de TBS-sector wenst te accepteren. De sector zou wel in staat moeten zijn om op basis van gefundeerde methodieken, de foutmarge, stoornisgerelateerd, op populatieniveau aan te geven.

2.1.6 Uitstroombmogelijkheden vergroten

De afgelopen jaren zijn van overheidswege, maar ook binnen de forensische behandelsector op uitvoerend niveau, veel initiatieven genomen om de behandeling van ter beschikking gestelden beter aan te laten sluiten op de reguliere GGZ en andere voorzieningen waarvan patiënten tijdens en na hun behandeling gebruikmaken. Binnen een aantal klinieken heeft dit geleid tot meer uitstroombmogelijkheden naar andere zorginstellingen. Tegelijk is duidelijk dat de uitstroom in een aantal klinieken achterblijft bij de streefnorm van het ministerie van Justitie (15% per jaar). Voor een aantal patiëntgroepen, bijvoorbeeld patiënten met een psychotische kwetsbaarheid of zwakbegaafden, blijft plaatsing in een vervolgvoorziening problematisch wegens een kwalitatief en/of kwantitatief ontoereikend aanbod.

2.1.7 Toepassing van dwang vereist nog steeds aandacht

De TBS-klinieken zijn nog steeds terughoudend met het toepassen van geneeskundige handelingen onder dwang, in het bijzonder in het toedienen van medicatie zonder instemming van de patiënt met een psychiatrische stoornis. De ruimte die de

Beginselenwet geeft voor het toepassen van geneeskundige handelingen onder dwang, in de betekenis van medicamenteuze dwangbehandeling, is beperkt. Een regeling conform de Wet Bopz zou de behandelmogelijkheden aanzienlijk kunnen vergroten.

2.1.8 Het voorkomen van gezondheidsschade krijgt steeds meer aandacht

De klinieken besteden in toenemende mate aandacht aan het voorkomen van gezondheidsschade. Dit heeft echter nog onvoldoende geleid tot een procesbeschrijving van risicovolle situaties tijdens het verblijf en het daaraan gekoppelde risico op gezondheidsschade. Het risicobeleid wordt wel ondersteund door een protocollen- en richtlijnenbeleid dat in bijna alle klinieken operationeel is. Tevens beschikken alle klinieken over een MIP/FONA-commissie die in meer of mindere mate een bijdrage levert aan het risicoreducerend kwaliteitsbeleid door de analyse van meldingen over incidenten die zich in de patiëntenzorg voordoen.

2.1.9 Medezeggenschap van patiënten wint aan belang

Alle klinieken maken werk van patiëntenparticipatie en het uitvoeren van patiënttevredenheidsonderzoek. Het management van de klinieken heeft in toenemende mate oog voor de invloed die patiëntenraden op het beleid van de kliniek kunnen hebben.

2.1.10 Beleidsvisie op de farmaceutische zorg ontbreekt

Toepassing van medicatie heeft binnen de TBS-klinieken de laatste jaren een grote vlucht genomen, terwijl de visie op de farmaceutische zorg binnen de instellingen vaak ontbreekt of niet is geëxpliciteerd in een beleidsplan. Het geneesmiddelendistributiesysteem is geen onderwerp van periodieke evaluatie en verbetering. Geneesmiddelenformularen zijn veelal wel aanwezig maar nog niet geïmplementeerd.

2.1.11 Kwaliteitsborging van het farmaceutisch proces nog onvoldoende

De TBS-klinieken hebben onvoldoende inzicht in de risicovolle momenten in het distributiesysteem. In geen van de instellingen is een orgaan dat de kwaliteit van het distributieproces als specifiek aandachtspunt heeft. Een aantal kritische processen, zoals medicatie in eigen beheer en de overdracht van de medicatiegegevens bij opname of ontslag, is impliciet geregeld. In bijna de helft van de klinieken is voor het uitzetten en verstrekken van medicatie geen juiste werkwijze vastgesteld. Het voorschrijven van medicatie vindt in de helft van de klinieken goed en gereguleerd plaats. In geen enkele kliniek is echter sprake van een systematische beoordeling van de totale individuele farmacotherapie.

2.2 Conclusies op kliniekniveau

2.2.1 Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen

2003

Op grond van de bevindingen tijdens het toezichtbezoek wordt geconcludeerd dat de kliniek op professionele wijze de ontwikkeling van de organisatie en de ontwikkeling van de inhoud van de zorg aanpakt en verbetert. Geconstateerd wordt dat de dossiervorming, de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen diverse disciplines, het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid en de doorstroming binnen en vanuit de instelling om nadere aandacht vraagt.

2005

Na afronding van een reorganisatie heeft de cultuuromslag die hiermee samengaat, geleid tot meer reflectie op het eigen handelen. Deze bereidheid tot reflectie en de aanhoudende inzet op verdere professionalisering van medewerkers komen nadrukkelijk naar voren. Bij de behandeling zijn delictanalyse, risicotaxatie en risicomanagement van groot belang. Voor de diverse probleemgebieden zijn (evidence- of experience-based) behandelmethoden uitgewerkt. De vertaalslag in een beperkt aantal zorgprogramma's is op hoofdlijnen gemaakt.

Op adequate wijze is uitwerking gegeven aan verbetering van de dossiervoering. Deze is door het integrale karakter van het behandelplan en de digitale ontsluiting van de gegevens daadwerkelijk ondersteunend aan multidisciplinaire samenwerking. Kwaliteitsdenken is organisatiebreed goed in ontwikkeling, maar vergt verdere verankering in de (structuur en) cultuur van de organisatie.

Met het oog op de stagnerende uitstroomcijfers is het noodzakelijk dat de samenwerking met de reguliere GGZ-instellingen en met andere instellingen op het terrein van de forensische (ambulante) psychiatrie en zorg verder wordt geïntensiveerd. Daar waar de beperkte mogelijkheden van een gesloten, gestructureerde vervolgonname in de reguliere GGZ uitstroom in de weg staan, worden alternatieve mogelijkheden onderzocht.

De farmaceutische distributieketen is goed georganiseerd, echter de laatste handelingen in het proces - het vroegtijdig openen van de geneesmiddelenverpakking voorafgaand aan verstrekking - introduceert vermijdbare risico's op fouten. De beschikbare farmaceutische expertise zou beter benut kunnen worden bij de verdere verfijning van de geneesmiddelendistributiesystematiek.

2.2.2 Pompestichting te Nijmegen

2003

Het toezichtbezoek van de inspectie levert het beeld op van een kliniek die hoogwaardige forensisch psychiatrische zorg levert en flexibel en adequaat reageert op extern en intern geïnitieerde organisatiewijzigingen. De kliniek streeft naar academisering en heeft in dit kader veel aandacht voor wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en wetenschappelijke publicaties. Tevens wordt geconstateerd dat een betere afstemming tussen behandeldoelen en afdelingsklimaat is aangewezen, een betere interne sturing nodig is voor een consistent patiëntenbeleid, de dossiervoering aan kwaliteit kan winnen en de patiëntveiligheid kan worden verbeterd door risico's van het zorgproces te analyseren.

2005

De beleidsontwikkeling van de Pompestichting is vernieuwend, zoveel mogelijk naar wetenschappelijke inzichten vorm gegeven en gericht op vermaatschappelijking in brede zin, waarbij de relatie tot de reguliere geestelijke gezondheidszorg het belangrijkste uitgangspunt is. Het sturen van de zorgverlening vanuit drie hoofdprogramma's moet nog (verder) ter hand worden genomen. Daarnaast zijn interne knelpunten, zoals wachttijden voor delictgerelateerde behandelingen en nog niet geheel opgeloste bezettingsproblemen, punten van aandacht.

De kliniek ontwikkelt voor het TBS-veld belangrijke initiatieven, zoals het initiëren van wetenschappelijk onderzoek en de daarmee samenhangende belangstelling voor effectiviteits- en doelmatigheidsdiscussies. Dergelijke initiatieven worden echter nog onvoldoende gerealiseerd en/of gedeeld met andere TBS- en zorgpartners.

De afbakening tussen de taken van de kwaliteitscommissies Middelen en Maatregelen en Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) is onvoldoende duidelijk. Tevens is de systematiek waarmee meldingen kunnen worden gedaan en vervolgens worden behandeld en afgehandeld onvoldoende geformaliseerd, evenals de informatie hierover naar de medewerkers. Dit ondermijnt vooralsnog de meldingsbereidheid en de doelmatigheid.

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.

Ondanks de bestuurlijke fusie met GGZ Nijmegen blijft het overplaatsen van vooral psychotische patiënten naar de reguliere psychiatrie problematisch.

Het farmacotherapiebeleid van de Pompestichting wordt goed nageleefd. Een planmatige aanpak waarbij risico's binnen de geneesmiddelendistributieketen worden geïnventariseerd en verbeteringen worden doorgevoerd, ontbreekt echter.

2.2.3 Dr. van der Hoeven Kliniek, centrum voor klinische forensische psychiatrie te Utrecht

2003

Uit het toezichtbezoek van de inspectie blijkt dat de kliniek op hoogwaardige wijze vorm geeft aan de behandeling, verpleging en bejegening van patiënten. De respectvolle bejegening in combinatie met een geheel eigen visie op de combinatie van behandeling en beveiliging, uitgewerkt in het model van de therapeutische gemeenschap, geeft aanleiding voor waardering van deze aanpak.

Het resultaatgericht werken kan echter worden verbeterd door behandeldoelen in concrete en meetbare termen te formuleren. Tevens kan een meer probleemgestuurde vorm van rapporteren bijdragen aan de verdere verbetering van de kwaliteit van de zorg.

2005

Ook tijdens het bezoek in 2005 valt de consistente wijze waarop de kliniek haar behandelconcept heeft uitgewerkt en de herkenbaarheid hiervan binnen de organisatie, op. Het schept eenduidigheid in taal en aanpak en bindt alle betrokkenen. De keerzijde is echter dat medewerkers minder goed in staat zijn om de minder sterke punten van de gekozen aanpak te identificeren.

Verbetering van de kwaliteit van het eigen handelen komt vooral voort uit een impliciete verbetercultuur. Het expliciet uitwerken van (reguliere uitingen van) kwaliteitsbeleid wordt vermeden. Een bij de kliniek passend kwaliteitssysteem is dan ook niet geformaliseerd.

Diagnostiek en risicotaxatie worden systematisch ingezet om gedragsveranderingen en andere effecten van de behandeling verantwoord vast te stellen. Deze informatie is nog niet gekoppeld met eventuele recidive na behandeling.

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. Behandeldoelen in de behandelplannen zijn nog niet voldoende in concrete, meetbare termen, uitgesplitst in een bijdrage per discipline, geformuleerd. Ook de rapportages lijken nog onvoldoende opgebouwd aan de hand van de doelen die in het behandelplan zijn opgenomen.

De intensieve samenwerking met reguliere GGZ-instellingen leidt tot meer plaatsingen van patiënten buiten de kliniek. De kliniek houdt hierbij de regie zolang mogelijk in eigen hand.

Er is sprake van een stringent farmacotherapiebeleid dat goed wordt nageleefd en de kliniek beschikt over een adequaat en bindend formularium voor psychofarmaca. Het geneesmiddelendistributiesysteem is op onderdelen beschreven, doch een volledige procesbeschrijving aan de hand waarvan risico's binnen de hele distributieketen worden geïnventariseerd, ontbreekt.

2.2.4 De Kijvelanden te Poortugaal

2003

De kliniek heeft belangrijke verbeteringen doorgevoerd. De organisatiestructuur en de formatie van behandelaren is nu zodanig verbeterd dat de inhoud van het zorgaanbod en de wijze van werken positief is beïnvloed. Uit het resultaat van het toezichtbezoek blijkt dat het aangewezen is de behandelvisie nader uit te werken, de ziekte- en verloopcijfers te analyseren, het dossierbeleid doelgericht op te zetten, te investeren in professionele ontwikkeling (vakgroepen), het zorgproces te analyseren op risicomomenten, het activiteitenaanbod uit te breiden, de kwaliteit en systematiek van protocollen en richtlijnen te verbeteren en aandacht te blijven besteden aan samenwerking met zorg- en ketenpartners.

2005

Het ambitieniveau van de Kijvelanden is hoog en er wordt ingezet op verdere professionalisering en academisering van de patiëntenzorg. De behandelvisie is nader uitgewerkt. Het delict is uitgangspunt voor behandeling waarbij delictanalyse, risicotaxatie en risicomangement centraal staan. De ontwikkelde zorgprogrammering is zoveel mogelijk evidence-based, best practice dan wel experience-based en is voorzien van systematische evaluaties waardoor de wetenschappelijke basis van de behandelingen wordt verstevigd. Samenwerking met andere TBS-klinieken wat betreft de gezamenlijke opzet van bijvoorbeeld effectiviteitsstudies is echter beperkt.

De wijze waarop het kwaliteitsbeleid is vorm gegeven en kwaliteitscommissies zijn gepositioneerd, maakt dat daadwerkelijk een bijdrage wordt geleverd aan het achterhalen van de meest kwetsbare onderdelen en aspecten van de organisatie. De vormgeving van de MIP-meldingsprocedure en de informatie die op basis hiervan wordt gegenereerd, is hiervan een goed voorbeeld. Ook het toegankelijk maken van de kwaliteitssystematiek en -informatie voor medewerkers via DEAN (geautomatiseerd informatiesysteem) is een sterk punt.

De beschikbaarheid van een op HKZ gestoelde procesbeschrijving van opname tot en met ontslag en nazorg, waarbij potentiële risico's op gezondheidsschade tijdens de verschillende fasen van het zorgproces zijn uitgewerkt, geeft uitdrukking aan het kwaliteitsbesef van de kliniek.

Door problemen in het fusietraject tussen de Kijvelanden en het Delta (Bouman) ziekenhuis zijn diverse initiatieven met belangrijke implicaties voor de (farmaceutische) zorg uitgesteld. Implementatie van een Elektronisch Patiëntendossier met een integraal behandelplan, een Elektronisch Voorschrijfsysteem en robotisering van de geneesmiddelendistributie zijn hiervan voorbeelden. Het geneesmiddelendistributieproces bevat teveel vermijdbare risico's, het grote aantal overschrijfstappen draagt hier onder andere aan bij.

Het is niet uit te sluiten dat de fusieproblemen tevens de doorstroming naar de reguliere GGZ-instellingen in de weg staan.

2.2.5 De Rooyse Wissel te Venray

2003

Uit het toezichtbezoek blijkt dat de kliniek zich beleidsmatig sterk ontwikkelend. De resultaten hiervan wat betreft doeltreffendheid en effectiviteit van de behandeling, moeten nog zichtbaar worden. Geconstateerd is dat de keuze voor een behandelreferentiekader gepaard moet gaan met passende scholing, het zorgaanbod verder moet worden uitgewerkt in programma's, de interne differentiatie in en tussen groepen meer aandacht vergt, ernstige calamiteiten in- en extern moeten worden getoetst, behandeldoelen en methodisch werken nader geconcretiseerd moeten worden, meer aandacht nodig is voor analyse van risico's op gezondheidsschade en blijvende aandacht nodig is in de samenwerking met andere keten- en zorginstellingen.

2005

De keuze voor een eenduidig, instellingsbreed referentiekader voor de behandeling is consistent doorgevoerd. Voor deze behandeling bestaat draagvlak onder de medewerkers en de scholing om deze methodiek in de praktijk toe te passen, is verbeterd. Binnen de kliniek wordt in toenemende mate resultaatgericht gewerkt, waarbij het causale verband tussen de stoornis en het delict de behandeling bepaalt. De werkwijze moet voldoen aan wetenschappelijke onderbouwing van diagnostiek, gekozen behandelmethode, risicotaxatie en effectmeting.

Het personeelsbestand van de kliniek laat voldoende stabiliteit zien. Het verloop onder het personeel is nog hoog, maar er is sprake van een dalende trend.

De uitwerking van de zorgprogrammering stagneert voor het zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen. De kliniek investeert beperkt in effectiviteitsonderzoek en samenwerking hierbij met andere TBS-klinieken. Nadere interne differentiatie van doelgroepen en afdelingen moet nog vorm krijgen op geleide van de uitwerking van zorgprogramma's en de bijbehorende professionalisering.

Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid is 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.

De kliniek heeft met de introductie van het digitale patiëntendossier de dossiervorming aanzienlijk verbeterd.

De kliniek heeft veel energie gestoken in de verbetering van de geneesmiddelen-distributie. Het contract en het samenwerkingsprotocol inzake het farmaceutisch toezicht zijn goed opgezet en afspraken worden nageleefd. Binnen de kliniek wordt gebruikgemaakt van een formularium, dit gebeurt echter met een relatief hoge mate van vrijblijvendheid.

De kliniek voert een actief beleid om samen te werken met reguliere GGZ-instellingen. Via de resocialisatieafdeling worden hierbij goede resultaten geboekt.

2.2.6 Flevo Future te Utrecht en Amsterdam

2003

Uit het toezichtbezoek aan de kliniek blijkt dat het noodzakelijk is de ontwikkeling van behandel- en beleidsvisie en zorgprogramma's, de multidisciplinaire samenwerking, de introductie en supervisie van het personeel, het kwaliteitsbeleid, de protocollering, de systematische aandacht voor (bijna) fouten en de dossiervorming veel aandacht te geven. Tevens is het inzichtelijk maken van de doeltreffendheid of effectiviteit van de behandeling aangewezen.

2005

De organisatieveranderingen die zijn doorgevoerd, lijken op onderdelen een omslagpunt te markeren. Men slaagt er meer dan voorheen in om organisatieprocessen beter te stroomlijnen, een beter (verlof)beleid te voeren en de behandelvisie en het therapeutisch klimaat meer te integreren. De omslag van beheers- naar behandelklimaat wordt voortgezet. Er is meer accent gelegd op het betrekken van patiënten bij de behandeling. Ook wordt sterker dan voorheen ingezet op openheid omtrent het delict en het werken met signaleringsplannen. Desondanks zijn in dit toezichtbezoek deels dezelfde problemen geconstateerd als in het toezichtbezoek van 2003. Er moet meer aandacht zijn voor wetenschappelijke onderbouwing, meetbare behandelresultaten en meer samenwerking met TBS- en ketenpartners.

De missie en de behandelvisie zijn beter uitgewerkt en zijn patiëntgericht geformuleerd. Ook de indeling in zorgprogramma's is op deze leest geschoeid en gebaseerd op het patiëntenperspectief na de intramurale TBS-behandelfase.

De kliniek scoort nog ongunstig op indicatoren als ziekteverzuim, verloop en openstaande vacatures. Deze factoren hebben de afgelopen periode bijgedragen aan het optreden van personele onderbezetting, met als gevolg langere insluitijden, het afgelasten van begeleid verlof, het uitvallen van activiteiten en het oplopen van interne wachttijden voor sommige vormen van behandeling. Hoewel de situatie zich over de eerste maanden van 2005 lijkt te verbeteren, blijft sprake van een kwetsbaar evenwicht.

De structuuraanpassingen en de inzet op verbetering van de communicatie heeft nog niet aannemelijk gemaakt dat een goed niveau van multidisciplinair werken is bereikt. De nog bestaande dualiteit op alle niveaus binnen de organisatie kan hiermee te maken hebben.

Kwaliteitsdenken is, ondanks de organisatiebreed ingezette goede ontwikkeling, nog onvoldoende onderdeel van de cultuur. 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.

De kliniek is in totaliteit niet gericht op risicomomenten in het traject van voorschrijven tot toedienen van medicatie. In Amsterdam zijn veel vermijdbare risico's binnen het distributieproces waaraan geen rekenschap wordt afgelegd. Voor beide locaties geldt dat het medicatietraject veel overschrijfstappen bevat die niet worden gecontroleerd. Er komt een beeld naar voren van een klimaat waarin deskundigheidsbevordering te weinig wordt gestimuleerd en gestructureerd. Het ontbreekt onder andere aan scholing voor sociotherapeuten om kennis rondom de (bij)werking van medicatie in het algemeen en van psychofarmaca in het bijzonder op te doen.

Wegens doorstroomproblemen naar de reguliere GGZ ziet de kliniek zich genoodzaakt om (op termijn) voor een aantal groepen patiënten nieuwe voorzieningen te creëren. Voor overige patiëntcategorieën is het mede met het oog op de stagnerende uitstroomcijfers noodzakelijk dat de samenwerking met de reguliere GGZ-instellingen en met andere instellingen op het terrein van de forensische (ambulante) psychiatrie wordt opgebouwd dan wel verder wordt geïntensiveerd.

2.2.7 Oldenkotte, centrum voor forensisch psychiatrische zorg te Rekken

2003

De bevindingen van het toezichtbezoek laten zien dat noodzakelijke verbeteringen zijn ingezet om de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg waar te maken. Geconstateerd is dat de sturing van de organisatie inclusief de rol van de eerste geneeskundige

om nadere aandacht vraagt, evenals de verdere professionele ontwikkeling van het personeel, na- en bijscholing, het benutten van intercollegiale toetsing en het multidisciplinair werken.

2005

Uit het toezichtbezoek blijkt dat de kliniek reëel kijkt naar de sterke en zwakke kanten van de organisatie en gestaag werkt aan kwaliteitsverbetering. Het multidisciplinair werken en de kwaliteit van het therapeutisch klimaat hebben nieuwe impulsen gekregen. Noodzakelijke ingrepen in de personele bezetting zijn doorgevoerd. De missie en de zorgvisie van de kliniek lijken nog weinig richtinggevend voor de inrichting van het behandelproces, hoewel de twee uitgewerkte zorgprogramma's lijn brengen in het voorheen nogal fragmentarische behandelbeleid. De uitwerking en implementatie van behandelmodulen is in een beginstadium, en begin- en eindtermen van de verschillende behandelmodulen moeten nog worden gespecificeerd. Intensivering van contacten met andere TBS-klinieken bij de verdere uitwerking is geëigend. De zorgprogramma's zijn onvoldoende voorzien van effectiviteitsstudies. Er is verbetering geconstateerd in multidisciplinaire teamvorming en het meer leidend maken van de behandeling binnen de kliniek. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de doorgevoerde herpositionering van het hoofd behandeling en de eerste geneeskundige en de invoering van het nieuwe format behandelplan. Ook heeft de kliniek geïnvesteerd in intervisie met het accent op teambuilding, attitude en bejegening van patiënten. De inzet op het creëren van een behandelklimaat in plaats van een beheersklimaat heeft een extra impuls gekregen. Deskundigheidsbevordering wordt meer dan voorheen gestimuleerd. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid is 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. Wat betreft het farmaceutisch proces ontbreken scholingsmogelijkheden voor sociotherapeuten over kennis rondom de (bij)werking van medicatie in het algemeen en van psychofarmaca in het bijzonder. De systematiek van geneesmiddelenverstrekking en -distributie heeft recentelijk een aantal wijzigingen ondergaan. De aangepaste werkwijze heeft de kans op fouten aanzienlijk verkleind en de controlemogelijkheden vergroot. Desondanks bevat het geneesmiddelendistributieproces nog teveel vermijdbare risico's. Het grote aantal overschrijfstappen draagt hier onder andere aan bij. Momenteel wordt uitwerking gegeven aan het beschrijven van het geneesmiddelentraject en het expliciteren van de controles die hierbinnen geoperationaliseerd moeten worden. Het geneesmiddelen-traject is hiermee thans nog onvoldoende in procedures vastgelegd. Met het oog op de stagnerende uitstroomcijfers is het noodzakelijk dat de samenwerking met de reguliere GGZ-instellingen en met andere instellingen op het terrein van de forensische (ambulante) psychiatrie wordt opgebouwd dan wel verder wordt geïntensiveerd.

2.2.8 FPC Veldzicht te Balkbrug

2003

Het toezichtbezoek van de inspectie levert het beeld op van een kliniek die een proces van noodzakelijke verbeteringen heeft gestart om de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg waar te maken. Het blijkt noodzakelijk in te zetten op de verdere ontwikkeling van behandelvisie en zorgprogrammering, de verdere uitbouw van de

behandelstaf, professionalisering van medewerkers en verruiming van resocialisatiemogelijkheden om de doeltreffendheid van de behandeling te verhogen.

2005

In dit toezichtbezoek worden deels dezelfde problemen geconstateerd als in het toezichtbezoek van 2003. Overstijgend probleem lijkt de gebrekkige incorporatie van een gedeelde, kliniekbrede visie die richting en houvast geeft aan het handelen van medewerkers. Voor zover er een kliniekbrede visie is, verwijst deze volgens medewerkers eerder naar het besparen van kosten dan naar het bieden van een zo hoogwaardig mogelijke behandeling. Daarnaast is op onderdelen winst geboekt. Men slaagt er meer dan voorheen in om een beter (verlof)beleid te voeren. Het meerjarenbeleidsplan en het daaraan gekoppelde jaarplan 2005 geven duidelijk richting voor de toekomst.

Zorgprogramma's lijken bottom-up, zonder format en veel samenhang, tot ontwikkeling gebracht te worden. De uitwerking en implementatie van behandelmodulen gebeuren onvoldoende eenduidig en begin- en eindtermen van de verschillende behandellijnen en -modulen zijn onvoldoende gespecificeerd. De zorgprogramma's zijn niet voorzien van effectiviteitsstudies waarbij, gezamenlijk met andere TBS-klinieken, opgezet onderzoek wordt gerealiseerd.

Aandacht voor kwaliteitsbeleid is nog onvoldoende onderdeel van de cultuur. Problematisch is ook het op onderdelen gebrekkige vermogen om ingezette projecten af te ronden, te implementeren en de resultaten te borgen.

Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid is 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.

Ondanks verbeterpogingen is een integrale dossiervoering nog niet gerealiseerd, zodat alle relevante informatie nog steeds niet voor alle disciplines actueel beschikbaar is.

De infrastructurele vernieuwing van de medische dienst is niet gepaard gegaan met verbeteringen van het farmaceutisch distributieproces. Dit proces kenmerkt zich door diverse overschrijfstappen die niet gecontroleerd worden. Ondanks dat de kliniek beschikt over een systeem Elektronisch Voorschrijven, dat een goede basis biedt voor verdere kwaliteitsverbetering, wordt dit systeem niet door de psychiaters gebruikt.

Daardoor worden geneesmiddelen afgeleverd op niet-geautoriseerde recepten. Dit is in strijd met de regelgeving ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen. Daarnaast ontbreekt het aan scholing waarbij sociotherapeuten systematisch (en herhaaldelijk) kennis rondom de juiste werkwijze bij het verstrekken van geneesmiddelen en het signaleren van (bij)werking van medicatie in het algemeen en van psychofarmaca in het bijzonder krijgen aangereikt.

De kliniek investeert in contacten met GGZ-instellingen. De doorstroming van TBS-patiënten naar deze voorzieningen blijft echter moeizaam, vanwege, onder andere, een passend behandelaanbod.

2.3 Maatregelen

Op grond van de resultaten die in de rapportages van de afzonderlijke bezoeken worden genoemd en in hoofdstuk 3 zijn samengevat, kan worden geconcludeerd dat de aandacht de komende tijd naar een aantal onderwerpen uit moet blijven gaan. In deze paragraaf wordt een korte schets gegeven van de aandachtspunten per geadresseerde (de individuele instellingen, de gezamenlijke instellingen, de rijksoverheid of een combinatie van deze actoren).

2.3.1 Maatregelen op het niveau van de afzonderlijke klinieken

De maatregelen die de klinieken moeten treffen, kunnen worden ontleend aan de afzonderlijke rapportages van de inspectiebezoeken. De klinieken zijn gevraagd om een plan van aanpak op te stellen waarin wordt aangegeven wanneer en op welke wijze zij de noodzakelijk geachte verbeteringen zullen doorvoeren.

Zoals al in paragraaf 1.3 aangegeven blijkt uit de plannen van aanpak dat alle klinieken de verbeterplannen voortvarend ter hand nemen.

2.3.2 Maatregelen voor de rijksoverheid (ministeries van Justitie en VWS) in samenwerking met het veld

In de samenwerking tussen de rijksoverheid, waaronder de Dienst Justitiële Inrichtingen en de TBS-klinieken, moet aandacht gegeven worden aan:

- Uitwerking van een overkoepelende visie over eenduidig effectief en doelmatig behandelen. Bewerkstelligen dat klinieken dit in gezamenlijkheid doen.
- De eenduidige uitwerking van de missie in een visie op zorg en beveiliging.
- De noodzakelijk geachte en juridisch mogelijke vormen van dwangbehandeling. Door middel van aanpassing van wet- en regelgeving zou dwangbehandeling, zoals bedoeld in de Wet Bopz, toepasbaar moeten zijn in de TBS-klinieken.
- Vergroten van de mogelijkheden van de TBS-klinieken om in een vroeg stadium van het TBS-traject patiëntengroepen op geleide van de prognose te differentiëren.
- Het faciliteren en realiseren van een betere aansluiting met de reguliere GGZ-instellingen.

2.3.3 Maatregelen voor de TBS-klinieken (management en/of disciplines)

De TBS-klinieken moeten minder zelf het wiel uitvinden en samenwerken bij:

- De verdere ontwikkeling van het zorgaanbod in de vorm van zorgprogramma's en behandelmodulen per doelgroep.
- De ondersteuning van de uitvoering van zorgprogramma's door wetenschappelijk onderzoek.
- Het mede initiëren van wetenschappelijk effectiviteits- en doelmatigheids-onderzoek.
- De verdere ontwikkeling van instrumenten voor risicotaxatie in combinatie met risicomangement.
- De verdere ontwikkeling van een risicoanalyse van het zorgproces.
- De ontwikkeling van beleid voor de MIP/FONA-commissie in de richting van veilig melden als onderdeel van een integraal Veiligheidsmanagementsysteem (VMS).
- Uitwerken van een visie en van beleid op farmaceutische zorg voor zowel therapeutische als distributie-aspecten.
- Inventariseren van risico's binnen de voorschrijf- en distributieketen gevolgd door het ontwikkelen en implementeren van een verantwoord geneesmiddelenvoorschrijf- en distributiesysteem, inclusief opslagcondities. Hierbij expliciete aandacht voor periodieke evaluatie en bijstelling van de systemen.
- Gebruikmaken van de farmaceutische deskundigheid van de toezichthoudend apotheker, zowel voor de geneesmiddelen distributie als bij de beoordeling van de totale farmacotherapie rondom een individuele patiënt.
- Implementatie van een geneesmiddelenformularium.
- Creëren van voorwaarden voor gestructureerde overdracht van medicatiegegevens bij overplaatsing van patiënten.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste onderwerpen die tijdens de bezoeken aan de orde geweest zijn, kort weergegeven. Na een beschrijving van het wettelijk kader en de gehanteerde normen worden de belangrijkste resultaten weergegeven.

3.1 Missie, zorgvisie en zorgprogrammering

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt in artikel 2 de eis dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg aanbiedt. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Een belangrijke randvoorwaarde voor de kwaliteit van de geleverde zorg zoals bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, is de aanwezigheid van een beleidsplan waarin minimaal de visie, missie en doelstelling zijn verwoord en waarin richting gegeven wordt aan de ontwikkeling van de organisatie en de vormgeving van het therapeutisch proces en -milieu. Voornoemde visie dient uitgewerkt te zijn in zorgprogramma's en individuele behandelingsplannen, een methode van risicotaxatie en een visie op de toepassing van geneeskundige handelingen onder dwang. Daarnaast moet de visie tot uitdrukking komen in de bejegening.

3.1.1 Missie veelal goed uitgewerkt, zorgvisies divers

Zeven van de acht klinieken hebben een uitgewerkte missie en zorgvisie. In zes klinieken wordt conform de hierin geformuleerde uitgangspunten gehandeld. Alle klinieken hanteren als kern van de missie het bieden van beveiliging van de maatschappij en verpleging en behandeling aan patiënten met een TBS-maatregel. Hierbij krijgt het behandelaspect steeds meer aandacht.

De referentiekaders voor de zorg/behandeling zijn divers. Het leertheoretisch referentiekader domineert, vooral in de vorm van cognitieve gedragstherapie, één kliniek in de vorm van schemagerichte (cognitieve) gedragstherapie. Daarnaast worden het biopsychosociale model van Engel (met een eclecticisch behandelparadigma en cognitieve gedragstherapie) gebruikt en het stress-vulnerability competence model van Anthony en Liberman. Eén kliniek heeft geen overkoepelende behandelvisie en hanteert een eclecticische benadering. Eén kliniek onderscheidt zich van de andere door de werkwijze te baseren op de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap. Eén kliniek heeft geen duidelijk geformuleerd behandelreferentiekader (in de praktijk veelal cognitieve gedragstherapie).

3.1.2 Implementeren van zorgprogramma's (toch nog) in de kinderschoenen

Hoewel in alle klinieken zorgprogrammering onderdeel uitmaakt van het behandelbeleid, is in slechts twee klinieken zorgprogrammering daadwerkelijk operationeel. Het aantal zorgprogramma's dat binnen de klinieken aanwezig of in ontwikkeling is, varieert van 2 tot 6.

Vijf klinieken hebben zorgprogramma's voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en voor patiënten met een psychotische stoornis. Andere stoornisgerelateerde programma's hebben betrekking op seksueel (agressieve) patiënten, autismespectrumstoornissen en verslavingsproblematiek. Daarnaast zijn er programma's voor intensieve zorg, langdurige zorg en voor resocialisatie. Ook voor de groep zwakbegaafde patiënten

wordt een programma ontwikkeld. De implementatie van de programma's voor psychotische patiënten is het verst gevorderd.

De ontwikkeling van zorgprogramma's wordt in een aantal klinieken ondersteund door een wetenschappelijke benadering, waarbij de effectiviteit van de (onderdelen van) de zorgprogramma's wordt geïnventariseerd.

Een opvallend punt blijft (analoog aan de bevindingen van het toezicht in 2003) dat zorgprogramma's veelal in eigen beheer worden ontwikkeld. Er is onvoldoende samenwerking en uitwisseling van kennis en ervaring tussen de klinieken. Gezien de overeenkomsten in doelgroepen en doelstellingen zou dit bijzonder voor de hand liggen. Een positieve ontwikkeling is dat de klinieken zijn aangesloten bij het expertisecentrum forensische psychiatrie, dat tracht meer eenduidig behandel- en evaluatiebeleid te bewerkstelligen.

Patiënttevredenheid

Alle klinieken onderzoeken de tevredenheid van patiënten over hun verblijf en behandeling. Hiervoor wordt in de meeste klinieken hetzelfde patiënttevredenheidsinstrument gebruikt. De gemiddelde score wordt hierbij uitgedrukt in een getal op een schaal van 1-10. Zeven klinieken gebruiken deze methode. Eén kliniek wijkt hiervan af en gebruikt geen totaalcijfer voor de patiëntwaardering. Het gemiddelde cijfer voor de tevredenheid van de patiënten in de zeven klinieken is 5,5. Het minimum is 4,3 en het maximum is 6,8. Voorzichtigheid met de interpretatie van deze cijfers is geboden aangezien de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd kan verschillen.

De patiëntenraden van de klinieken noemen in het bijzonder de volgende kritiekpunten:

- De communicatie tussen patiënten en personeel en tussen personeel onderling verloopt niet goed.
- Te krappe personele bezetting, een versoberd regime, waardoor langere insluitijden.
- Het personeel heeft te weinig deskundigheid en er is teveel verloop onder (behandel)personeel.
- Er heerst een te beheersmatig klimaat, waardoor behandeling op de achtergrond staat.
- Het aanbod van therapieën, arbeid en opleiding is te gering.
- Te lange interne wachttijden bij overplaatsing naar een andere afdeling.
- De situatie van longstay-patiënten is uitzichtloos.
- De toegankelijkheid van de medische dienst is niet goed.
- De doorstroom van de kliniek naar een andere (reguliere) instelling stagneert.

Veelal kunnen de leden van de patiëntenraden niet aangeven wat het verblijf in de TBS-kliniek hen oplevert. Zij ervaren te weinig resultaat van de behandeling. Eén kliniek vormt hierop een uitzondering. Hoewel de patiënten van deze kliniek aangeven dat de werkwijze resultaat oplevert, kunnen zij dit moeilijk nader concretiseren.

3.1.3 Meerjarenbeleid steeds meer gebaseerd op gestandaardiseerd kwaliteitsmodel

Alle klinieken hebben een behoorlijke vooruitgang geboekt wat betreft het formuleren van het kwaliteitsbeleid. Dat blijkt onder andere uit de meerjarenbeleidsplannen die in vijf klinieken volgens het INK-model zijn opgesteld. Drie klinieken gebruiken een eigen systematiek voor het jaarplan en het meerjarenplan. Eén kliniek heeft de bedrijfsprocessen gecertificeerd volgens het HKZ-certificatieschema.

3.2 Bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg

De ontwikkeling van de organisatie vereist een heldere missie en visie, vertaald in een beleidsplan dat geconcretiseerd wordt in een meerjarenactiviteitenplan, een jaarplan en een jaarrapportage.

In artikel 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen is aangegeven dat het leveren van verantwoorde zorg (conform artikel 2 en 3) een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg vereist. In voornoemde wet is in artikel 5 tevens bepaald dat de zorgaanbieder jaarlijks vóór 1 juni door middel van een kwaliteitsjaarverslag verantwoording moet afleggen van het beleid dat in het afgelopen kalenderjaar is gevoerd, conform de eisen die in de artikelen 2 t/m 4 van deze wet worden gesteld, en van de kwaliteit van de geleverde zorg. De verslaglegging moet gebaseerd zijn op een geformuleerd kwaliteitsbeleid waarin zowel de doelen worden aangegeven die op korte en middellange termijn bereikt moeten worden als waarin aangegeven wordt op welke wijze de instelling het kwaliteitsbeleid wil implementeren en borgen (het kwaliteitssysteem). De vormgeving van dit beleid zal onder meer gestalte moeten krijgen door de instelling van kwaliteitscommissies (bijvoorbeeld een MIP- of FONA-commissie, een geneesmiddelencommissie of een medisch-ethische commissie), de bevordering van wetenschappelijk onderzoek en van het inhoudelijke debat, bijvoorbeeld door middel van disciplineoverleg of vakgroepvorming.

3.2.1 Niet alle klinieken presenteren kwaliteitsjaarverslag

Vijf klinieken leggen jaarlijks verantwoording af over het kwaliteitsbeleid door middel van een kwaliteitsjaarverslag. De verslagen voldoen aan de eisen zoals gesteld in artikel 5 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Drie klinieken brengen geen kwaliteitsjaarverslag uit en voldoen dus niet aan deze eisen van deze wet.

3.2.2 Aandacht voor gebruik kwaliteitssystemen neemt toe

Het INK-model of een ander kwaliteitssysteem zijn toenemend leidend voor de sturing en evaluatie van behandelprocessen. Er is toenemend belangstelling voor het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. Eén kliniek vaart een eigen koers waarbij garanties voor een hoog kwaliteitsniveau niet worden gezocht in procedures, protocollen en richtlijnen, maar vooral in het bieden van scholing, intercollegiaal overleg, intervisie en supervisie. Drie klinieken hebben een onvoldoende herkenbare kwaliteits-systeem.

3.2.3 Kwaliteitscommissies wel aanwezig, maar nog onvoldoende operationeel

Alle klinieken hebben commissies ingesteld die zich op uiteenlopende wijzen met het kwaliteitsbeleid bezighouden. Voorbeelden hiervan zijn een geneesmiddelencommissie, een MIP/FONA-commissie, een wetenschappelijk beraad, maar ook een middelen en maatregelencommissie (zoals in reguliere GGZ). In slechts twee klinieken hebben deze commissies aantoonbaar positieve bijdragen aan de kwaliteit van de patiëntenzorg.

3.2.4 Goede wetenschappelijke initiatieven meer delen

Alle klinieken zijn in meer of mindere mate betrokken bij wetenschappelijk onderzoek. Vijf klinieken voeren een actief beleid om wetenschappelijk onderzoek op te zetten.

Vier hiervan hebben een eigen stafafdeling onderzoek. Het onderzoek vindt hoofdzakelijk plaats in de eigen kliniek en is veelal observationeel van aard. Onderzocht wordt, onder andere, de effectiviteit van behandelingen, delictgevaarlijkheid en organisatorische aspecten. Er is toenemende belangstelling (neuro-)biologisch onderzoek uit te voeren. Klinieken zijn terughoudend in het opzetten van gerandomiseerde studies, hoewel ook hiervoor de belangstelling toeneemt. Twee klinieken hebben geen actief onderzoeksbeleid maar zijn volgend, en één kliniek voert op kleine schaal onderzoek uit.

Op het gebied van wetenschappelijk onderzoek wordt nauwelijks samengewerkt tussen de klinieken (het ontbreekt bijvoorbeeld aan multicenter onderzoek). Onderzoek gebeurt vooral ten behoeve van het eigen behandelaanbod en/of het verbeteren van de zorgprogramma's. De klinieken zijn weliswaar aangesloten bij het expertisecentrum forensische psychiatrie, maar dat heeft nog niet geleid tot een gemeenschappelijk onderzoeksbeleid.

3.2.5 De ontwikkeling van vakgroepen vordert gestaag

Vijf klinieken hebben voor verschillende disciplines vakgroepen, waarin vooral inhoudelijke thema's, intercollegiale toetsing en advisering van het management aan de orde zijn. Eén kliniek streeft nog naar vakgroepvorming. Twee klinieken kennen geen vakgroepstructuur; hiervan kiest één principieel voor uitsluitend multidisciplinair overleg. Slechts één kliniek heeft een vakgroep voor sociotherapeuten.

3.3 Organisatieontwikkeling, formatie- en personeelsbeleid

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.

Het handelen van individuele beroepsbeoefenaren is, onder andere, geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG geeft in Hoofdstuk III de kaders aan voor de deskundigheidsgebieden van de BIG-geregistreeerde beroepsbeoefenaren en in Hoofdstuk IV een overzicht van de voorbehouden handelingen.

3.3.1 Multidisciplinair werken bijna standaard

In alle klinieken wordt multidisciplinair samengewerkt. De frequentie van multidisciplinair overleg verschilt sterk tussen de klinieken en varieert van dagelijks tot halfjaarlijks. Het kan ook per afdeling en sector binnen een kliniek verschillen. De verschillende disciplines werken in de regel in geïntegreerde behandelteams en in toenemende mate is de verantwoordelijkheidsverdeling beter geregeld. De behandelplannen komen steeds vaker multidisciplinair tot stand.

3.3.2 Veel aandacht voor deskundigheidsbevordering

De TBS-klinieken besteden over het algemeen veel aandacht aan scholingsmogelijkheden. Dit heeft vooral betrekking op het behandelbeleid en krijgt vorm door een geformaliseerd scholingsbeleid en/of persoonlijke opleidingsplannen of scholing op

eigen verzoek. Binnen een aantal klinieken is onvoldoende scholing beschikbaar in het verstrekken van medicatie en het herkennen van (bij)werkingen. Ook op het gebied van de psychopathologie schiet de kennis soms tekort; dat is vooral te wijten is aan de diversiteit in de achtergronden van sociotherapeuten.

3.3.3 Personeels- en BIG-beleid

Hoewel vrijwel alle klinieken in 2004 een onderbezetting kenden in begeleidend en behandelend personeel, bestaat dit probleem in 2005 nauwelijks nog. Vacatures zijn grotendeels ingevuld. Het ziekteverzuim varieert sterk van 3,8 tot 10,6 procent (2004) met een gemiddelde van 6,6 procent. Opvallend is dat een hoog ziekteverzuim zelden geldt voor de hele kliniek, maar veelal te wijten is aan een extreem hoog verzuim op sommige afdelingen of in sommige sectoren van de respectievelijke klinieken. Het verlooppercentage onder het personeel is in 2004 gemiddeld 10,6 procent, met een uitschieter naar 18 procent. Het ziekteverzuim heeft geen verband met het verlooppercentage.

Bij het personeelsaannamebeleid wordt weliswaar belang gehecht aan registratie in het BIG-register, maar het (openbaar) BIG-register wordt door zeven klinieken niet geraadpleegd bij de sollicitatieprocedure van een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar. Er wordt volstaan met het verstrekken van een kopie van de BIG-inschrijving door de betreffende beroepsbeoefenaar. Eventuele aantekeningen in het BIG-register op grond van tucht- of strafrechtelijke uitspraken blijven zo buiten het zicht van de kliniek. De mogelijkheden en beperkingen van de diverse BIG-professionals zijn uitgewerkt in taak- en functieomschrijvingen.

3.3.4 Adequate protocollen voorbehouden handelingen, scholing kan beter

Voorbehouden handelingen zijn geprotocolleerd en medewerkers kennen de daartoe geëigende protocollen. Voorbehouden handelingen beperken zich tot het intramusculair toedienen van medicatie en bloedprikken. Wat betreft het klaarmaken en toedienen van injecties is echter te weinig aandacht voor toetsing en herscholing van de medewerker.

3.3.5 Professioneel statuut is niet gangbaar

Geen enkele kliniek beschikt over een professioneel statuut waarin formeel de afbakening van taken en bevoegdheden van (BIG-geregistreerde) beroepsbeoefenaren wordt beschreven.

3.4 Patiëntveiligheid

Op basis van artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft de zorgaanbieder de plicht de zorgverlening zodanig te organiseren dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Dit omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

In dit verband is het van belang dat de kliniek het proces van opname tot en met nazorg en ontslag heeft uitgeschreven en onderkent op welke momenten in het zorgproces c.q. bij welke interventies sprake is van een verhoogd risico voor de patiënt op fouten en ongevallen. De risicovolle processen en interventies dienen dan ook geprotocolleerd te zijn of conform een richtlijn te worden uitgevoerd en de kwaliteit van de uitvoering moet worden geborgd.

Ter ondersteuning van het beleid dat gericht is op de reductie van risico's moet de instelling beschikken over geactualiseerde, geïmplementeerde en geborgde richtlijnen en protocollen, een klachtenprocedure, een MIP (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg)- of FONA (Fouten, Ongevallen en Near Accidents)-commissie, een geneesmiddelencommissie (beide reeds verplicht op basis van de erkenningsbeschikking die voor de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen van kracht was) en andere commissies die tot doel hebben de kwaliteit van onderdelen van de zorg te bewaken en/of te bevorderen.

3.4.1 Procesbeschrijving risico-inventarisatie laat te wensen over

Vijf klinieken beschikken niet over een systematische en volledige beschrijving van het proces van opname tot en met ontslag en nazorg, waarbij potentiële risico's op gezondheidsschade tijdens de verschillende fasen van het zorgproces zijn uitgewerkt. Twee klinieken werken aan een dergelijke beschrijving. Dit vindt plaats in afstemming met de behandeldirecteuren van andere TBS-klinieken, binnen het Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LB-HIV). Mogelijk dat dit gremium een format voor alle klinieken kan ontwikkelen. Eén kliniek beschikt wel over een beschrijving van het proces van opname tot en met ontslag en nazorg. Dit is opgesteld op geleide van de HKZ-systematiek.

3.4.2 Protocollen- en richtlijnenbeleid ondersteunt toenemend het primaire proces

Zeven klinieken hebben een adequaat protocollen- en richtlijnenbeleid en in vijf van deze klinieken is dit beleid operationeel. Duidelijk is welke procedures gevolgd moeten worden, wie de protocollen beheert, waar deze kunnen worden teruggevonden en hoe deze worden geïmplementeerd. Medewerkers zijn veelal op de hoogte van het protocollenbeleid en handelen conform de richtlijnen. Vaak zijn protocollen en richtlijnen elektronisch toegankelijk. In één kliniek laat de kwaliteit van het protocollenbeleid te wensen over. Het ontbreekt aan eenduidigheid en veel protocollen zijn ongedateerd.

3.4.3 De MIP/FONA-commissies kunnen nog veel aan relevantie winnen

Alle klinieken beschikken over een MIP/FONA-commissie. Gezien het aantal meldingen in vier klinieken en de mate waarin medewerkers het nut van een dergelijke commissie beleven, kan worden verondersteld dat de meldingsbereidheid van incidenten in de zorg in deze klinieken toeneemt. Zodoende kunnen door analyse van de meldingen de meest kwetsbare onderdelen of aspecten van de organisatie worden achterhaald. De MIP/FONA-commissies van de andere vier klinieken ontvangen relatief weinig meldingen.

3.5 Behandelplannen en dossiervorming

In artikel 16 van de Beginselenwet is bepaald dat het hoofd van de inrichting er zorg voor moet dragen dat zo spoedig mogelijk en in ieder geval binnen drie maanden na de binnenkomst van de verpleegde, zoveel mogelijk in overleg met hem, een verplegings- en behandelingsplan wordt opgesteld. Het verplegings- en behandelingsplan moet tenminste een periode van een jaar bestrijken. Gedurende deze periode kan het plan gewijzigd worden (daarbij moet het evaluatieverslag betrokken worden). De wijziging wordt de verpleegde in ieder geval voor het ingaan daarvan meegedeeld. In artikel 18 van de Beginselenwet is bepaald dat de verpleegde recht heeft op een periodieke evaluatie van het verloop van de verpleging en behandeling. Deze evaluatie moet

tenminste eenmaal per jaar plaatsvinden. Het hoofd van de inrichting moet zorg dragen voor een verslag dat zo spoedig mogelijk met de verpleegde wordt besproken. Het evaluatieverslag moet totstandkomen in samenwerking met de bij de verpleging en behandeling meest betrokken personeelsleden of medewerkers.

In hoofdstuk 9 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden zijn nadere bepalingen opgenomen terzake de inhoud en opbouw van het verpleegdedossier. Zo is in de toelichting op artikel 30 vastgesteld dat in zijn algemeenheid in het dossier alle gegevens moeten worden opgenomen die van belang zijn voor de verpleging en behandeling (vergelijkbaar met de regels die gesteld zijn ten aanzien van de patiëntendossiers conform de WGBO en aan de patiëntendossiers van gedwongen opgenomen patiënten conform de Wet Bopz).

3.5.1 Dossierbeleid en -ordering veelal op orde

De visie op behandeling en vormgeving van het primair proces zijn in zeven klinieken omgezet in een patiëntendossier, dat ondersteunend is voor de behandeling en voldoet aan de wettelijke eisen. Eén kliniek heeft deze slag nog niet volledig gemaakt. Er zijn een aantal initiatieven om de dossiers volledig geautomatiseerd beschikbaar te stellen. Eén kliniek is hiermee vergevorderd en de gehanteerde systematiek volgt op logische wijze de binnenkomst en het verblijf van de patiënt. Tevens hanteert deze kliniek strikte regels voor de autorisatie voor de toegang tot de dossiers.

3.5.2 Format behandelplan gestandaardiseerd

Alle klinieken hanteren een vast format voor de behandelplannen. Zes klinieken zijn consequent in het formuleren van verpleeg- en behandeldoelen en de wijzen waarop deze worden gerealiseerd. Bij twee klinieken worden deze doelen onvoldoende geëxpliciteerd.

3.5.3 Multidisciplinaire samenwerking voldoende

Uit de dossiers van vijf klinieken blijkt dat multidisciplinair samenwerken een vast onderdeel vormt van de behandeling. Bij de andere drie klinieken is dit moeilijk na te gaan of is onduidelijk of patiëntengegevens voldoende toegankelijk zijn voor alle betrokken disciplines. Dit heeft onder andere te maken met een gefragmenteerd dossierbeleid. In algemene zin wordt een elektronisch, geïntegreerd patiëntendossier door alle klinieken als bijzonder wenselijk gezien om vooral deze gefragmenteerdheid op te lossen en de toegankelijkheid te vergroten.

3.5.4 Periodieke evaluatie verpleging en behandeling gebeurt consequent

In alle klinieken bestaan afspraken over de frequentie en de inhoud van de evaluatie van de verpleging en behandeling van de patiënten. Voor zover na te gaan worden deze afspraken nagekomen.

3.6 Geneeskundige handelingen onder dwang

De toepassing van geneeskundige handelingen onder dwang is geregeld in artikel 26 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. De patiënt kan door het hoofd van de inrichting worden verplicht een geneeskundige handeling onder dwang te

gedogen als deze maatregel naar het oordeel van een arts noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de verpleegde of van anderen. De kliniek is verplicht geneeskundige handelingen i.c. het toedienen van medicatie onder dwang te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg indien het gevaar voortvloeit uit een geestesstoornis. Hierdoor is patiëntgericht toezicht mogelijk.

3.6.1 Nauwelijks beleidsvisie toepassen geneeskundige handelingen onder dwang

Twee TBS-klinieken hebben de uitgangspunten van beleid wat betreft het toepassen van geneeskundige handelingen onder dwang als herkenbaar onderdeel opgenomen in het instellingsbeleid. In de andere zes klinieken is dit niet het geval.

3.6.2 Toepassen geneeskundige handelingen onder dwang wel geprotocolleerd

Alle klinieken beschikken over een protocol voor het toepassen van geneeskundige handelingen onder dwang. Zes van de acht klinieken hebben in 2004 toepassingen van geneeskundige handelingen onder dwang bij de inspectie gemeld. Het ging in alle gevallen om het toedienen van medicatie zonder toestemming van de patiënt. De medicatie werd dan ook ondanks verzet van de patiënt (variërend van verbaal afwijzen tot fysiek tegenwerken) intramusculair toegediend. Het doel was in alle gevallen om het gevaar dat voortkomt uit de geestelijke stoornis van de patiënt af te wenden. Soms resulteerde dit in herhaalde toepassingen bij een patiënt, bijvoorbeeld in de vorm van depotmedicatie, en is de interventie te vergelijken met het instellen van een dwangbehandeling, zoals in de Wet Bopz bedoeld. Alle verslagen van bij de inspectie gemelde toepassingen van geneeskundige handelingen onder dwang zijn getoetst en de inspectie was van oordeel dat de interventies voldeden aan de criteria van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Het aantal meldingen dat de inspectie ontvangt, verschilt sterk per kliniek.

Twee klinieken hebben over 2004 geen geneeskundige handeling onder dwang gemeld. Hoewel de inspectie een goede meldingsbereidheid van de klinieken veronderstelt, kan het zijn dat niet alle relevante toepassingen van geneeskundige handelingen onder dwang de inspectie bereiken. Een van de redenen kan zijn dat niet in alle gevallen duidelijk is of de toepassing wordt uitgevoerd om de orde en/of veiligheid te waarborgen, of dat het primaire doel is om het gevaar af te wenden dat voortkomt uit de psychiatrische stoornis van de patiënt. Alleen deze laatste categorie is meldingsplichtig bij de inspectie.

3.7 Plaatsen in isoleer- of separeerruimte

In de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden is geregeld dat het hoofd van de inrichting een ter beschikking gestelde in afzondering kan plaatsen. Afzonderen gebeurt indien dit in het belang is van de orde of de veiligheid van de inrichting of voor een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming noodzakelijk is. Tevens kan worden afgezonderd indien dit ter bescherming van de betrokken patiënt noodzakelijk is.

3.7.1 Geen beleidsvisie voor het plaatsen in een isoleer- of separeerruimte

Eén TBS-kliniek heeft de uitgangspunten van beleid wat betreft het isoleren of separeren van patiënten als herkenbaar onderdeel opgenomen in het instellingsbeleid. In de andere zeven klinieken is dit niet het geval.

3.7.2 Plaatsen van patiënten in isoleer- of separeerruimte wel geprotocolleerd

Alle klinieken hebben een protocol waarin richtlijnen en waarborgen voor het isoleren en separeren zijn beschreven. In alle klinieken worden jaarlijks tientallen isolaties en separaties uitgevoerd (2004: range 67-137). Veelal gaat het om een maatregel om de orde en veiligheid te waarborgen. Niet alle klinieken kunnen aangeven in hoeveel van de gevallen het gaat om patiënten met een psychiatrische stoornis, die worden gesepareerd om het gevaar af te wenden dat voortkomt uit de psychiatrische stoornis.

3.8 Toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg

De toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg zijn van essentieel belang voor de kwaliteit van de zorg. Enerzijds moeten eventuele wachtlijsten bekend zijn, moet een beleid ontwikkeld zijn ter beperking van de wachtlijstproblematiek en moeten maatregelen getroffen zijn om in de zorgvraag van de aangemelde en geïndiceerde verpleegden te voorzien gedurende de periode waarin zij wachten op opname. Anderzijds moet de zorg na opname vraaggestuurd zijn en moeten intern geen wachttijden bestaan voor deelname aan (onderdelen van) de behandeling. Evenmin dienen inperkingen op het zorgaanbod te bestaan in afwijking van hetgeen in de reguliere zorg gebruikelijk is en de verpleegde conform het Besluit zorgaanpak AWBZ toekomt.

De samenwerking tussen de ministeries van Justitie en van VWS en tussen het veld van de TBS-klinieken en de reguliere GGZ-instellingen in de Commissie Beleidsvisie TBS (Rapport Veilig en wel, 2001) heeft vorming van forensisch psychiatrische netwerken per (deel van het) Hofressort sterk bevorderd. Deze netwerken hebben tot doel de doorstroming van de patiënten die in justitiële voorzieningen verblijven, te bevorderen en de zorg beter op elkaar af te stemmen.

Daarnaast moet worden samengewerkt met reguliere GGZ-instellingen in de eigen regio en elders in het land (afhankelijk van de samenstelling van de opgenomen populatie en de mate van regionalisatie) teneinde de doorstroming naar de reguliere GGZ-instellingen te bevorderen. De verschillende samenwerkingsverbanden vereisen de kenmerken van ketenzorg en de kwaliteit hiervan moet zodoende voldoen aan de eisen van verantwoorde zorg zoals bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen.

3.8.1 Samenwerking binnen forensisch psychiatrisch circuit geregeld

Alle TBS-klinieken maken onderdeel uit van een forensisch psychiatrisch circuit, waarbinnen in toenemende mate wordt samengewerkt. Dit leidt onder andere tot de ontwikkeling van forensisch psychiatrische poliklinische behandelingen en ambulante en deeltijdvoorzieningen.

3.8.2 Nauwelijks gestructureerd beleid (interne) wachttijden

Twee klinieken hebben de beschikking over geaggregeerde gegevens over wachttijden bij interne overplaatsingen en bij verandering van behandelaanbod. Het is bij deze klinieken niet duidelijk of dit leidt tot kortere wachttijden. Bij de andere zes klinieken is geen geaggregeerd overzicht voorhanden. Zodoende kan geen systematische analyse plaatsvinden waardoor periodiek kan worden nagegaan of wijzigingen in de zorgvraag

moeten leiden tot aanpassing van het aanbod. Twee klinieken hebben een aanzienlijke wachtlijst (6-16 weken) voor therapievormen, bijvoorbeeld psychotherapie.

Wachttijden doen zich vooral voor in het voortraject van een TBS-plaatsing, waarbij zogenoemde passanten in penitentiaire inrichtingen in afwachting zijn van opname in een TBS-kliniek. Wachttijden doen zich ook voor bij de doorstroming naar de reguliere GGZ (zie ook 3.8.4).

3.8.3 Uitstroombeleid divers en aantal longstay-patiënten aanzienlijk

In 2004 zijn 43 patiënten uit de TBS-klinieken ontslagen wegens beëindiging van de TBS-maatregelen, waarvan 8 contrair aan het advies van de kliniek. Deze uitstroom voldoet voor alle klinieken gezamenlijk aan de landelijke norm van 15 procent uitstroom per jaar, maar de (relatieve) verschillen tussen de klinieken is groot. Het aantal patiënten dat uitstroomt, varieert van 2 tot 11 patiënten in 2004.

Het percentage patiënten dat langer dan 6 jaar in een TBS-kliniek verblijft, varieert tussen de 25 en 40 procent, met een uitschieter van 8 procent, maar dit betreft de jongste kliniek. Er is geen verschil tussen klinieken met en zonder een longstay-voorziening. De twee klinieken met een dergelijke voorziening bevinden zich in de middenmoot met 34 en 37 procent patiënten die langer dan 6 jaar in de kliniek verblijven.

3.8.4 Ondanks intensieve samenwerking weinig doorstroming naar reguliere GGZ

Alle klinieken investeren in samenwerking, of het realiseren hiervan, met vooral GGZ-instellingen, de verslavingszorg en RIBW'en. Desondanks stopt de doorstroom van TBS-patiënten naar deze voorzieningen. Een van de oorzaken is het gebrek aan een passend aanbod voor een deel van de forensische doelgroep. Tegelijkertijd wordt steeds duidelijker dat uitstroom voor een beperkt aantal patiënten niet of pas op zeer lange termijn haalbaar is.

3.9 Visie en organisatie ontwikkeling farmaceutische zorg en het farmaceutische proces

Om tot een oordeel te komen of er voldoende maatregelen tot waarborging van de kwaliteit van de farmaceutische zorg en de geneesmiddelendistributie zijn, is gebruik gemaakt van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de geneesmiddelenvoorziening en het Besluit uitoefening artseneijbereidkunst, de Opiumwet, de Nederlandse Apotheeknorm (NAN), de Ziekenhuis Apotheek Standaard, het Normrapport Farmaceutische zorg in GGZ-instellingen en de Wet BIG.

3.9.1 Een beleidsvisie op de farmaceutische zorg ontbreekt, zorg voor de kwaliteit van de geneesmiddelendistributie niet verankerd

Slechts in één kliniek is de kliniekvisie vertaald in de inrichting van het farmaceutische zorgproces. Enkele instellingen hebben uitgangspunten geformuleerd voor therapeutische aspecten van de farmaceutische zorg. Geen enkele instelling beschikt over een beleidsvisie waarin de kwaliteit van de distributie van de geneesmiddelen centraal staat. Dit is opmerkelijk aangezien door betrokkenen is bevestigd dat de medicatie een enorme vlucht heeft genomen in de behandeling. Tegelijkertijd worden er meer niet-verpleegkundigen ingezet voor het verstrekken van medicatie.

In geen enkele kliniek is een orgaan ingesteld dat de directie adviseert over de diverse aspecten van de geneesmiddelen distributie. De geneesmiddelencommissies die zijn ingesteld, zijn alleen gericht op farmacotherapeutische aspecten. De kwaliteit van het voorschrijf- en distributiesysteem krijgt hierdoor geen expliciete aandacht en een planmatige aanpak waarbij risico's binnen de distributieketen worden geïnventariseerd en verbeteringen doorgevoerd, ontbreekt.

3.9.2 Invulling van de taak toezichhoudend apotheker binnen de instelling moet verbeterd

De TBS-klinieken betrekken ieder de geneesmiddelen van één apotheek. Eén instelling betreft de geneesmiddelen van een ziekenhuisapotheek, de overige betrekken ze van een openbare apotheek in de nabijheid van de instelling. Met alle toezichhoudende apothekers is een overeenkomst vastgesteld. De taken en verantwoordelijkheden van de apotheker zijn echter niet altijd duidelijk. Ook zijn er sterke verschillen gezien. Op grond van zijn formele verantwoordelijkheid moet de apotheker invloed uitoefenen op het interne beleid en de dagelijkse gang van zaken ten aanzien van de geneesmiddelen distributie.

3.9.3 Implementatie van een geneesmiddelenformularium vraagt nog steeds aandacht

De vorderingen met de implementatie van een formularium lopen sterk uiteen. In de helft van de instellingen wordt gebruikgemaakt van een formularium waarvan alleen met een goede therapeutische onderbouwing kan worden afgeweken. In de overige instellingen is er geen formularium of wordt het niet als zodanig gehanteerd. Slechts in één instelling is vastgelegd hoe te handelen bij voorschrijven buiten het formularium.

3.9.4 Autorisatie van recepten een aandachtspunt

Er worden verschillende werkwijzen bij het voorschrijven gehanteerd. Deze zijn in het algemeen niet vastgelegd. Binnen één instelling zijn meerdere voorschrijvers, (huis)artsen en psychiaters, actief. Het gebruik van MicroHis neemt toe, al dan niet gekoppeld met de apotheek. In een aantal instellingen is een onjuiste omgang met deze geautomatiseerde voorschrijfsystemen aangetroffen, met name ten aanzien van de autorisatie van de recepten. De validatie van het voorschrijfsysteem en risico's op aanschrijffouten krijgen nog onvoldoende aandacht.

3.9.5 Medicatiebewaking door apotheker voldoende

De apothekers hanteren over het algemeen hetzelfde systeem voor medicatiebewaking als voor de andere patiënten van hun apotheek. Bij één kliniek is de medicatiebewaking niet ondersteund door een geautomatiseerd medicatiebewakingssysteem, wat niet in overeenstemming is met de veldnorm. Bij twee andere instellingen wordt de apotheker niet consequent, of enkele dagen na het starten met medicatie uit de voorraad, op de hoogte gebracht van een wijziging. De medicatiebewaking is in deze situaties niet sluitend.

3.9.6 Risicovolle momenten gesignaleerd bij het uitzetten en verstrekken van de geneesmiddelen

In de helft van de klinieken ontbreken procedures voor het uitzetten en verstrekken van geneesmiddelen of worden ze niet nageleefd. De medicatie wordt door medewerkers van de apotheek of door medewerkers van de medische dienst uitgezet. Een aantal klinieken maakt gebruik van een automatisch uitzetsysteem in de apotheek (GDS). Regelmatig wordt in een instelling de medicatie verstrekt door een medewerker zonder farmaceutische kennis. Training in het verstrekken van medicatie en in het herkennen en vervolgens rapporteren van bijwerkingen krijgt te weinig aandacht. Niet in alle klinieken is het geneesmiddel tot het moment van toediening identificeerbaar. Er lijkt een ontwikkeling te zijn met het invoeren van geautomatiseerde distributiesystemen, waardoor dit aspect verholpen kan zijn. Het vastleggen van verstrekte medicatie is voor een aantal instellingen een aandachtspunt evenals terugkoppeling of medicatie wordt geweigerd of anderszins niet wordt ingenomen. In sommige klinieken worden intern toedieningslijsten gemaakt. Deze lijsten zijn vaak gebaseerd op ongecontroleerde overschrijfhandelingen, waardoor de betrouwbaarheid niet is gewaarborgd. In andere instellingen krijgt de instelling toedieningslijsten per patiënt via de apotheek. Het feit dat deze lijsten gebaseerd zijn op de gecontroleerde medicatiegegevens uit de computer van de apotheek geeft een hoge mate van waarborg voor betrouwbaarheid, mits een goede procedure voor wijzigingen wordt gehanteerd.

3.9.7 De werkwijze bij medicatie in eigen beheer is niet vastgesteld

In geen enkele kliniek is vastgelegd onder welke voorwaarden een patiënt zijn eigen medicatie beheert, terwijl deze zelfstandigheid wel wordt toegekend.

3.9.8 Veelal onnodig risico door overschrijven medicatieoverzicht

Bijna alle klinieken beschikken intern over een actueel medicatieoverzicht. Dit overzicht wordt in de meeste gevallen samengesteld door de medewerker van de medische dienst. Hierbij wordt informatie uit het HIS of uit het apotheeksysteem overgenomen, waarmee een extra risico op fouten wordt ingebouwd. Er wordt relatief weinig gebruikgemaakt van de mogelijkheid die HIS of het apotheeksysteem biedt om het overzicht automatisch te verkrijgen.

3.9.9 Afspraken over overdracht medicatiegegevens ontbreken

In slechts één kliniek is de procedure aangaande de aandacht voor overdracht van medische gegevens rondom opname en ontslag intern afdoende geregeld. Voor het instellen van een optimale farmacotherapie is het noodzakelijk te beschikken over de actuele medicatiegegevens. Dit betreft het geneesmiddelengebruik, maar ook andere informatie die van belang is voor een goede medicatiebewaking, zoals het bestaan van een allergie en de recente medicatiehistorie.

3.9.10 Multidisciplinaire bespreking van de individuele farmacotherapie vindt niet structureel plaats

Ondanks dat het geneesmiddelengebruik onder de populatie van de TBS-kliniek hoog is, vindt er nauwelijks op gezette tijden overleg plaats tussen de voorschrijvers en de

apotheker om het geneesmiddelengebruik op patiëntniveau te evalueren. In het enkele geval dat wel sprake is van een systematische beoordeling vindt dit monodisciplinair plaats tussen psychiaters en groepsleiding.

3.9.11 Verantwoordelijkheden in het beheer van de geneesmiddelenvoorraden beter invullen

De condities waaronder geneesmiddelenvoorraden zijn opgeslagen, laten in alle klinieken in meer of minder mate te wensen over. Het sleutelbeheer is niet altijd goed geregeld. Een paar keer zijn vervallen geneesmiddelen gezien of werd een onjuiste temperatuur voor de opslag geconstateerd. Soms werd een te grote voorraad of assortiment aangetroffen of was er geen sprake van een sluitend beheer.

3.9.12 Bekwaamheid verpleegkundige enige waarborg voor de kwaliteit van het voor toediening gereedmaken van injecties

Het gereedmaken van injecties wordt in alle klinieken door een BIG-geregistreerde verpleegkundige uitgevoerd. Toetsing en herscholing van de medewerker vindt echter weinig plaats. Werkinstructies met betrekking tot de farmaceutische handelingen, inclusief etiketteren, ontbreken in de helft van de bezochte klinieken.

4 Summary

The Health Care Inspectorate conducted inspection visits in 2005 at eight clinics that treat patients who are subject to compulsory hospitalisation orders imposed by the authorities. The tour followed similar inspections of hospital order clinics in 2000 and 2003 and was undertaken at the request of the Minister of Justice and Minister of Health, Welfare and Sport.

The Inspectorate concluded there had been a continuation of the positive development seen at hospital order clinics since 2003. A majority of the clinics had made several substantive improvements since 2003 as regards how they organise care and the treatments they provide. Three clinics are trailing behind the others in establishing the preconditions for providing responsible care in areas including formulation of a care mission and vision and the development of care programmes. The eight clinics lack a vision of policy on pharmaceutical care and the way they assure the quality of the pharmaceutical process is still insufficient.

The inspections revealed that while the clinics are devoting more and more attention to effective and efficient treatments, there is too little sharing of this knowledge within the domain of compulsory hospitalisation orders. Each clinic has designed its care programme in its own particular way to a greater or lesser extent. The Inspectorate has recommended that the clinics should liaise more when determining policy on treating patients subject to compulsory hospitalisation orders. The same kind of diversity was found to exist in initiatives to conduct research into effectiveness.

A number of clinics are investing in scientific research and in implementing the results of the research, but they usually go their own way. It is therefore important for hospital order clinics jointly to develop a univocal research policy under which they permanently review the effectiveness of applied care programmes or treatment modules.

More and more knowledge appears to be available for identifying individual cases where treatment is pointless. Beside the extent of patient treatability it is possible during a stay at a hospital order clinic to determine the scope that exists for resocialisation. If treatment and/or resocialisation are no longer an option, the way forward will be to assure adequate long-stay nursing. But if treatment and/or resocialisation are found to be possible, risk assessment is a matter that must receive explicit attention. The inspections showed that all clinics possess far greater knowledge of risk assessment and use this method when considering patient leave and discharge.

The Inspectorate observed that hospital order clinics continue to adopt a cautious approach to compulsory medical procedures in the form of forced administering of selected medications. The Hospital Orders (Framework) Act allows limited latitude in this respect. The Inspectorate has therefore recommended amending legislation to enable compulsory treatment at the clinics under the Psychiatric Hospitals (Compulsory Admission) Act.

The codetermination rights of patients are being afforded greater significance and all clinics are working on patient emancipation and the conducting of patient satisfaction surveys.

Cooperation with other institutions in the field of forensic psychiatry and regular health care has been intensified but continues to yield too few results.

Under arrangements agreed with Minister of Justice and the Minister of Health, Welfare and Sport, the Inspectorate intends to conduct inspections at the hospital order clinics once every two years.

BIJLAGE 1 Aanwezigheid en operationalisatie van de onderwerpen van toezicht

<i>Kliniek</i>	<i>Kijvelanden</i>	<i>Veldzicht</i>	<i>Flevo Future</i>	<i>Mesdag</i>	<i>Oldenkotte</i>	<i>Rooyse Wissel</i>	<i>Pompe- stichting</i>	<i>v.d. Hoeven- kliniek</i>	<i>Totaal</i>	<i>%</i>
Missie, zorgvisie en zorgprogrammering										
Missie/zorgvisie	X		X	X	X	X	X	X	7	87,5
waarvan operationeel	X			X		X	X	X	5	62,5
Zorgprogrammering	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X							X	2	25,0
Meerjarenplanning/jaarplan 2005	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
Bewaking, beheersing, verbetering kwaliteit zorg										
Kwaliteitsjaarverslag	X			X		X	X	X	5	62,5
waarvan operationeel	X			X		X	X	X	5	62,5
Kwaliteitssysteem	X		X	X		X	X		5	62,5
waarvan operationeel	X			X		X	X		4	50,0
Kwaliteitscommissies	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X			X					2	25,0
Wetenschappelijk onderzoek	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X			X			X	X	4	50,0
Vakgroepvorming	X	X	X	X	X		X	X	7	87,5
waarvan operationeel	X			X					2	25,0
Organisatie-ontwikkeling										
Multidisciplinair werken	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X			X	X	X	X	X	6	75,0

<i>Kliniek</i>	<i>Kijvelanden</i>	<i>Veldzicht</i>	<i>Flevo Future</i>	<i>Mesdag</i>	<i>Oldenkotte</i>	<i>Rooyse Wissel</i>	<i>Pompe- stichting</i>	<i>v.d. Hoeven- kliniek</i>	<i>Totaal</i>	<i>%</i>
Patiëntveiligheid										
Procesbeschrijving risico- inventarisatie	X			X					2	25,0
Waarvan operationeel	X			X					2	25,0
Protocollen/richtlijnenbeleid	X		X	X	X	X	X	X	7	87,5
Waarvan operationeel	X			X	X	X	X		5	62,5
MIP/FONA commissies	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
Waarvan operationeel	X			X	X	X			4	50,0
Formatie en personeelsbeleid										
Deskundigheidsbevordering	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X			X	X	X	X	X	6	75,0
Personeels- en BIG-beleid	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel			X	X				X	3	37,5
Voorbehouden handelingen	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X	X	X	X	X		X	X	7	87,5
Professioneel statuut									0	0,0
waarvan operationeel									0	0,0
Behandelplannen en dossiervorming										
Dossierbeleid/ordening	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel		X	X	X	X	X	X	X	7	87,5
Format behandelplan	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel				X	X	X	X	X	5	62,5
Multidisciplinaire samenwerking	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel				X	X	X	X	X	5	62,5
Periodieke evaluatie	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0

<i>Kliniek</i>	<i>Kijvelanden</i>	<i>Veldzicht</i>	<i>Flevo Future</i>	<i>Mesdag</i>	<i>Oldenkotte</i>	<i>Rooyse Wissel</i>	<i>Pompe- stichting</i>	<i>v.d. Hoeven- kliniek</i>	<i>Totaal</i>	<i>%</i>
Geneeskundige handelingen onder dwang										
Beleidsvisie				X				X	2	25,0
waarvan operationeel									0	0,0
Protocol toepassen geneeskundige handelingen onder dwang	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X		X	X	X	X	X	X	7	87,5
Plaatsen in isoleer/separeer										
Beleidsvisie								X	1	12,5
waarvan operationeel									0	0,0
Protocol plaatsen in isoleer/separeer	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X		X	X		X	X	X	6	75,0
Toegankelijkheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid van zorg										
Beleid bekorten interne wachttijden		X							1	12,5
waarvan operationeel									0	0,0
Uitstroombeleid	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel						X	X	X	3	37,5
Externe samenwerking										
Samenwerking binnen forensisch psychiatrisch circuit	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel	X			X		X	X	X	5	62,5
Doorstroming naar reguliere zorg	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel						X		X	2	25,0
Relatie maatschappij	X	X	X	X	X	X	X	X	8	100,0
waarvan operationeel				X		X	X		3	37,5
Totaal aanwezig	25(86%)	21(72%)	23(79%)	26(90%)	22(76%)	23(79%)	24(83%)	25(86%)		
Waarvan operationeel	18(62%)	4 (14%)	7(24%)	22(76%)	11(38%)	18(62%)	18(62%)	18(62%)		

<i>Kliniek</i>	<i>Kijvelanden</i>	<i>Veldzicht</i>	<i>Flevo Future</i>		<i>Mesdag</i>	<i>Oldenkotte</i>	<i>Rooyse Wissel</i>	<i>Pomp-estichting</i>	<i>v.d. Hoeven- kliniek</i>	<i>Totaal</i>	<i>%</i>
			<i>Amster- -dam</i>	<i>Utrecht</i>							
Visie en organisatie ontwikkeling farmaceutische zorg											
Beleidsvisie farmaceutische zorg					X				X	2	22,2
waarvan operationeel					X					1	11,1
Toezichthoudend apotheker	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	100,0
waarvan operationeel				X	X		X	X	X	5	55,5
Formularium	X		X	X	X		X	X	X	7	77,7
waarvan operationeel	X		X	X				X	X	5	55,5
Geneesmiddelencommissie	X	X		X	X			X	X	6	66,6
waarvan operationeel				X						1	11,1
Het farmaceutisch proces											
Voorschrijven van geneesmiddelen	X				X		X	X	X	5	55,5
waarvan operationeel	X				X		X	X	X	5	55,5
Medicatiebewaking door apotheek		X		X	X	X	X	X	X	7	77,7
waarvan operationeel		X		X	X	X	X		X	6	66,6
Uitzetten van geneesmiddelen	X			X	X		X		X	5	55,5
waarvan operationeel	X			X	X		X		X	5	55,5
Verstrekken van geneesmiddelen	X			X			X	X	X	5	55,5
waarvan operationeel				X			X	X	X	4	44,4
Medicatie in eigen beheer											
waarvan operationeel											
Medicatie overzicht	X	X		X	X	X	X	X	X	8	88,8
waarvan operationeel	X			X	X	X	X	X	X	7	77,7
Overdracht medicatiegegevens	X							X		2	22,2
waarvan operationeel	X							X		2	22,2

<i>Kliniek</i>	<i>Kijvelanden</i>	<i>Veldzicht</i>	<i>Flevo Future</i>		<i>Mesdag</i>	<i>Oldenkotte</i>	<i>Rooyse Wissel</i>	<i>Pomp-estichting</i>	<i>v.d. Hoeven- kliniek</i>	<i>Totaal</i>	<i>%</i>
			<i>Amster- -dam</i>	<i>Utrecht</i>							
Individueel farmacotherapeutisch overleg	X	X	X	X			X	X	X	7	77,7
waarvan operationeel				X						1	11,1
Geneesmiddelen voorraden en opslagfaciliteiten	X			X		X		X	X	5	55,5
waarvan operationeel										0	0,0
Werkwijze toediening gereedmaken parenterale geneesmiddelen	X			X	X	X		X		5	55,5
waarvan operationeel	X			X	X	X		X		5	55,5
Totaal aanwezig	11 (79%)	5 (36%)	3 (21%)	10 (71%)	9 (64%)	5 (36%)	8 (57%)	11(79%)	11 (79%)		
Waarvan operationeel	6 (43%)	1 (7%)	1 (7%)	9 (64%)	7 (50%)	3 (21%)	6 (43%)	7 (50%)	7 (50%)		

