



Inspectie voor de Sanctietoepassing  
*Ministerie van Justitie*

## **Van der Hoeven Kliniek**

Inspectierapport  
Doorlichting

Maart 2009



## Colofon

Afzendgegevens

### **Inspectie voor de Sanctietoepassing**

Forum  
Kalvermarkt 53  
2511 CB Den Haag  
Postbus 20301  
2500 EH Den Haag  
[www.inspectiesanctietoepassing.nl](http://www.inspectiesanctietoepassing.nl)



## Inhoud

Colofon — 3
Voorwoord — 7
Samenvatting — 9

### **1 Inleiding — 13**

1.1	Aanleiding en doel — 13
1.2	Reikwijdte van de doorlichting — 13
1.3	Toetsingskader — 13
1.4	Opzet — 14
1.5	Objectbeschrijving — 14
1.6	Recent onderzoek — 15

### **2 Rechtspositie en bejegening — 17**

2.1	Informatie- en hoorplicht — 17
2.2	Controle en geweldgebruik — 18
2.3	Bewegingsvrijheid binnen het fpc — 20
2.4	Contact met de buitenwereld — 21
2.5	Verzorging, activiteiten en arbeid — 22
2.6	Disciplinaire straffen en maatregelen — 24
2.7	Omgang met tbs-gestelden — 24
2.8	Functioneren bemiddelings- en beklagprocedure — 26
2.9	Medezeggenschap — 26
2.10	Verlenging van de tbs met verpleging — 27
2.11	Longstay-plaatsing — 27
2.12	Conclusie — 28

### **3 Interne veiligheid — 29**

3.1	Interne veiligheidsvoorzieningen — 29
3.2	Bestrijding drugsgebruik — 30
3.3	Bestrijding onderlinge agressie — 31
3.4	Integriteit — 32
3.5	Conclusie — 32

### **4 Maatschappijbeveiliging — 35**

4.1	Materiële beveiliging tegen ontvluchtingen — 35
4.2	Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij — 36
4.3	Conclusie — 41

### **5 Organisatieaspecten — 43**

5.1	Personeelsmanagement — 43
5.2	Communicatie — 44
5.3	Conclusie — 45

### **6 Slotbeschouwing — 47**

Bijlage 1	Aanbevelingen — 49
Bijlage 2	Afkortingen — 51
Bijlage 3	Bronnen — 53

- Bijlage 4 Inspectieprogramma — 55
- Bijlage 5 Geografische ligging — 57
- Bijlage 6 Wederhoor Van der Hoeven Kliniek — 59

## Voorwoord

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) heeft in januari 2009 een doorlichting uitgevoerd bij het forensisch psychiatrisch centrum (fpc) de Van der Hoeven Kliniek te Utrecht.

De Inspectie komt tot een overwegend positief oordeel, maar plaatst ook een paar substantiële kanttekeningen bij de werkwijze van dit fpc. Die kanttekeningen hebben vooral te maken met de specifieke aanpak van de Van der Hoevenkliniek, waar tbs-gestelden een grotere mate van autonomie en eigen verantwoordelijkheid hebben dan in andere fpc's.

De doorlichting van de Van der Hoeven Kliniek maakt deel uit van een ronde van doorlichtingen van alle fpc's in Nederland. De ISt is daar in 2008 mee begonnen, en zal er medio 2009 mee gereed zijn.

De Inspectie is voornemens om daarna een samenvattend rapport uit te brengen waarin zij algemene conclusies over het functioneren van de fpc's en rode draden die door haar bevindingen heenlopen zal beschrijven.

Dit afrondende rapport van de reeks doorlichtingen zal voor het eind van 2009 gepubliceerd worden.

W.F.G.Meurs  
hoofdinspecteur

W.F.G. Meurs  
hoofdinspecteur





## Samenvatting

De ISt heeft in januari 2009 de Van der Hoeven Kliniek doorgelicht op basis van het toetsingskader voor forensisch psychiatrische centra van oktober 2008.

Het doel van de doorlichting is vast te stellen hoe het in de kliniek is gesteld met de rechtspositie en bejegening van tbs-gestelden, de interne veiligheid, de maatschappijbeveiliging en daarmee samenhangende organisatieaspecten. De ISt beschouwt daarbij de drie dimensies beleid, uitvoering en borging.

De kliniek is eind 2008 volgens de ISO-9001 norm gecertificeerd. Dit heeft onder meer tot gevolg gehad dat de primaire processen over het algemeen zijn beschreven en in toenemende mate zijn geborgd.

De tbs-gestelden in de Van der Hoeven Kliniek hebben een grotere mate van autonomie en eigen verantwoordelijkheid dan in andere forensisch psychiatrische centra (fpc's) te doen gebruikelijk is. Elementen van de behandelfilosofie van de therapeutische gemeenschap zijn duidelijk aanwezig. Dit heeft een positieve uitwerking op het bejegeningssklimaat. De tbs-gestelden voelen zich serieus genomen en zijn in overgrote meerderheid te spreken over de aanpak. De korte en open communicatielijnen tussen tbs-gestelden en inrichtingsmedewerkers dragen er ook aan bij dat de kliniek in verschillende opzichten een veilige inrichting is.

Hoewel de positieve effecten van de specifieke aanpak van de Van der Hoeven Kliniek overheersen, zijn er enkele wezenlijke aspecten van die aanpak waar de ISt kritisch over is. Dat betreft het beleid dat patiënten zonnodig fysiek helpen bij het separeren van medepatiënten, het ontbreken van standaard detectie bij binnenkomst van tbs-gestelden en hun bezoekers, en het stelselmatig afzien van het verlenen van proefverlof aan tbs-gestelden.

De uitgesproken behandel- en bejegeningssfilosofie van de Van der Hoeven Kliniek is een sterk bindende factor voor de medewerkers. De directie is sterk overtuigd van de juistheid van deze aanpak en draagt dat ook uit. Dit sterke geloof in de eigen aanpak heeft onder meer als consequentie dat de kliniek zich niet conformeert aan het landelijk beleid met betrekking tot het verlenen van proefverlof.

### **Rechtspositie en bejegening**

Met betrekking tot het aspect rechtspositie en bejegening voldoet de Van der Hoeven Kliniek over het algemeen ruimschoots aan de gestelde toetsingscriteria. Dat geldt voor de informatie- en hoorplicht van tbs-gestelden, de bewegingsvrijheid binnen de kliniek, het contact met de buitenwereld, de verzorging, het activiteitenaanbod, het disciplinaire beleid en de medezeggenschap. De tbs-gestelden waarderen het dat zij inrichtingsmedewerkers hen serieus nemen en hen betrekken bij belangrijke beslissingen. Het positieve oordeel van de patiënten over de aanpak van de kliniek wordt weerspiegeld door het zeer geringe aantal klachten.

Op één belangrijk onderdeel meent de ISt dat de kliniek teveel medeverantwoordelijkheid toekent aan patiënten. Dat betreft de fysieke assistentie die zij verlenen bij het separeren van tbs-gestelden. Het toepassen van fysieke dwang is wettelijk voorbehouden aan inrichtingspersoneel.

### **Interne veiligheid**

De Van der Hoeven Kliniek is volgens zowel de inrichtingsmedewerkers als de tbs-gestelden een veilige inrichting. Onderlinge agressie tussen patiënten komt nauwelijks voor.

Verder is de bestrijding van het gebruik van alcohol en drugs binnen de kliniek effectief.

Een ander aspect van de interne veiligheid betreft de bedrijfshulpverlening. Het heeft het betrekkelijk lang geduurd voordat achterstallige verbeterpunten met betrekking tot de bedrijfshulpverlening werden opgepakt. Ook de Risico-Inventarisatie en –Evaluatie (RI&E) is verouderd. De kliniek is hier bezig met een inhaalslag.

### **Maatschappijbeveiliging**

Voor de Van der Hoeven Kliniek staat relationele beveiliging voorop. De terechte stelling is dat mogelijke veiligheidsrisico's vooral worden gesignaleerd als er een goede vertrouwensrelatie bestaat tussen tbs-gestelden en kliniekmedewerkers.

Los daarvan voldoet ook de materiële en technische beveiliging op een enkele uitzondering na. Die uitzondering betreft het ontbreken van detectie van tbs-gestelden, bezoekers en medewerkers bij de entree van de kliniek. Vooral het feit dat tbs-gestelden en hun bezoekers niet op mobiele telefoons worden gescand is een risico en staat op gespannen voet met het strikte controlebeleid van de kliniek op telefoongesprekken van patiënten.

Het verloffbeleid van de kliniek is helder en verantwoord. Alle stappen in de besluitvorming vinden plaats op basis van consensus. Ontbreekt die, dan gaat het verlof niet door. De blijvende scherpte op mogelijke risico's bij het verlenen van verlof kan nog worden versterkt als een gestandaardiseerde checklist met mogelijke risicosignalen wordt ingevoerd.

De kliniek verleent in beginsel geen proefverlof. Zij is van mening dat tijdens een proefverlof de verantwoordelijkheid tussen kliniek en reclassering wordt gedeeld en niet eenduidig is belegd. Alleen in geografische uitzonderingsgevallen wordt proefverlof verleend. De wetgeving kent weliswaar geen voorschrift waarin expliciet wordt bepaald dat proefverlof per se in alle gevallen vooraf dient te gaan aan een voorwaardelijke beëindiging, maar de ISt is wel kritisch over deze praktijk. Het proefverlof is namelijk bedoeld als sluitstuk van de overige vormen van verlof voorafgaand aan de (voorwaardelijke) beëindiging van de terbeschikkingstelling. Tijdens het proefverlof staat de patiënt losser van de kliniek dan tijdens het transmurale verlof. Dat de kliniek behalve in uitzonderingsgevallen stelselmatig afziet van proefverlof staat op gespannen voet met de bedoeling van de wet- en regelgeving.

### **Organisatieaspecten**

De manier waarop de communicatie binnen de kliniek is georganiseerd en de sterke inzet op deskundigheidsbevordering van de medewerkers, zijn sterke punten. Verder zijn er geen structurele personeelstekorten en er wordt geïnvesteerd in de begeleiding en deskundigheidsbevordering van het personeel. De geïnterviewde medewerkers zijn erg enthousiast over het werken in de kliniek. Het lage ziekteverzuim zal mede hieraan te danken zijn. Wel is het zaak om de professionele tevredenheid van de inrichtingsmedewerkers periodiek te evalueren.

De communicatielijnen binnen de kliniek zijn kort. In de communicatiestructuur staat de kliniekbrede *stafvergadering* centraal. Deze vindt dagelijks tweemaal

plaats. Alle dan aanwezige medewerkers, inclusief de directie nemen daaraan deel. Doordat in beginsel alle aanwezige medewerkers deelnemen aan het stafoverleg, zijn zij ook allen op de hoogte van bijzonderheden van patiënten. Een ander dagelijks overleg is de *kliniekraad*. De kliniekraad bestaat uit tbs-gestelden en sociotherapeuten van de verschillende afdelingen. Tijdens het overleg worden onder meer adviezen gegeven (verlof/separeren) met betrekking tot individuele tbs-gestelden. Zoals eerder is aangegeven, is de sterke betrokkenheid van patiënten bij de behandeling en de beveiliging in de kliniek kenmerkend voor de aanpak van de Van der Hoeven Kliniek.

Hieronder staan de belangrijkste aanbevelingen. Zie bijlage 1 voor een overzicht van alle aanbevelingen.

### **Aanbevelingen**

De ISt beveelt de Van der Hoeven Kliniek onder meer het volgende aan:

- Beperk de inzet van medepatiënten bij het separeren tot aanwezigheid en verbale assistentie, maar sluit fysieke assistentie uit.
- Breng versnelling aan in het proces om de bedrijfshulpverlening binnen de kliniek op het gewenste peil te brengen.
- Voer detectie op de tbs-gestelden, bezoekers en eigen medewerkers en de door hen meegebrachte goederen in.
- Voer inrichtingsbreed uniform een uitgewerkte checklist verlof in die specifieke aandachtspunten verwoordt om in te schatten of de tbs-gestelde al of niet met verlof kan en om na afloop van het verlof doelgericht de risico's van het verlof te kunnen evalueren.
- Heroverweeg het beleid om behalve in geografische uitzonderingsgevallen af te zien van het verlenen van proefverlof.
- Evalueer periodiek aspecten van het personeelsbeleid die relevant zijn voor de kwaliteit van de behandeling en de beveiliging.



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en doel

### Aanleiding

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) houdt toezicht op de sanctietoepassing in Nederland. Zij doet dit ondermeer door forensisch psychiatrische centra (fpc's) met een zekere regelmaat op hun functioneren te beschouwen. De Van der Hoeven Kliniek is een particuliere inrichting voor tbs-gestelden. De kliniek is niet eerder onderwerp van een doorlichting door de ISt geweest.

### Doel

Het doel van de doorlichting is te bezien hoe het in de Van der Hoeven Kliniek is gesteld met de rechtspositie van tbs-gestelden, de veiligheid en daarmee samenhangende organisatieaspecten. Aan de hand van haar oordeel doet de ISt verbetervoorstellen in de vorm van aanbevelingen.

## 1.2 Reikwijdte van de doorlichting

De forensisch klinische behandeling van tbs-gestelden in de Van der Hoeven Kliniek omvat een intramuraal deel en een transmuraal deel. Beide delen zijn bij de doorlichting betrokken.

## 1.3 Toetsingskader

Voor de doorlichting heeft de ISt het standaard toetsingskader voor fpc's gebruikt. Dit toetsingskader is gebaseerd op (inter-) nationale wet- en regelgeving.<sup>1</sup> Het toetsingskader omvat de aspecten rechtspositie en bejegening van tbs-gestelden, interne veiligheid, maatschappijbeveiliging en organisatie. Deze aspecten geven, in samenhang, een goed beeld van de stand (en gang) van zaken in een fpc vanuit het perspectief van de ISt.<sup>2</sup>

Genoemde aspecten zijn opgedeeld in criteria die de ISt beoordeelt op de dimensies beleid, uitvoering en borging. Bij de dimensie beleid beziet de ISt of in de inrichting ten aanzien van een te toetsen criterium (beschreven) beleid beschikbaar is dat voldoet aan geldende wet- en regelgeving. Bij de dimensie uitvoering wordt vastgesteld in hoeverre de uitvoering voldoet. Bij de dimensie borging wordt nagegaan in hoeverre op handelniveau de toepassing van het beleid is zeker gesteld en in hoeverre het fpc zijn beleid periodiek op effectiviteit evalueert en zondig bijstelt.

De ISt formuleert haar oordeel in de volgende vier waarderingen:

- voldoet niet aan de relevante normen en verwachtingen;
- voldoet in beperkte mate aan de relevante normen en verwachtingen;
- voldoet overwegend maar niet volledig aan de relevante normen en verwachtingen;
- voldoet aan de relevante normen en verwachtingen.

<sup>1</sup> Zie voor het volledige toetsingskader de ISt website ([www.inspectiesanctietoepassing.nl](http://www.inspectiesanctietoepassing.nl)), waar het als bijlage bij het inspectierapport is gevoegd.

<sup>2</sup> De ISt houdt geen toezicht op de uitvoering van de zorgwetgeving.

Tijdens inspectiebezoeken stuit de ISt soms op een gang van zaken die in het toetsingskader (nog) niet is voorzien. In die gevallen wordt het oordeel van de Inspectie nader in het rapport toegelicht.

Met betrekking tot twee onderdelen van de werkwijze van de Van der Hoeven Kliniek heeft de Inspectie daartoe specifiek juridisch advies ingewonnen bij de directie Wetgeving van het Ministerie van Justitie en bij de afdeling Juridische Zaken van de DJI. Het ging daarbij om de wijze van separeren van tbs-gestelden en om het beleid met betrekking tot het verlenen van proefverlof.

## 1.4 Opzet

### Methode

Ten behoeve van een doorlichting verzamelt de ISt feitelijke gegevens door documentonderzoek, observaties in het fpc en interviews met betrokkenen bij het fpc. Een standaard toetsingskader vormt het uitgangspunt van de doorlichting (zie 1.3). Dit toetsingskader is uitgewerkt in een aantal gestructureerde vragen- en checklijsten. Op grond van vooraf door het fpc verstrekte documentatie stelt de ISt aanvullende informatievragen op. De gegevens die de ISt hiermee verzamelt, worden afgezet tegen het toetsingskader en leiden tot een beoordeling van de te toetsen criteria op de dimensies beleid, uitvoering en borging (zie 1.3).

De doorlichting van de Van der Hoeven Kliniek is uitgevoerd door drie inspecteurs gedurende drie dagen. Zie bijlage 4 voor het volledige inspectieprogramma van de doorlichting.

### Tijdpad

Op 10 november 2008 heeft de ISt de doorlichting formeel aangekondigd. De doorlichting is op 13, 15 en 20 januari 2009 uitgevoerd. De algemeen directeur heeft op 25 februari 2009 de conceptversie van het inspectierapport voor wederhoor op de feitelijke bevindingen voorgelegd gekregen. De ISt heeft de wederhoorreactie op 11 maart 2009 ontvangen.<sup>3</sup> Op 27 maart 2009 heeft de hoofdinspecteur het inspectierapport vastgesteld en aangeboden aan de staatssecretaris van Justitie.

## 1.5 Objectbeschrijving

De Van der Hoeven Kliniek is onderdeel van de Dr. Henri van der Hoeven Stichting, waartoe ook de forensische polikliniek De Waag en Forum Educatief behoren. De Van der Hoeven Kliniek is gehuisvest in een ongeveer dertig jaar oud gebouw in Utrecht. In december 2008 is aan de bestaande kliniek een nieuw gedeelte toegevoegd. Ten tijde van het inspectiebezoek was de instroom van tbs-gestelden in de nieuwbouw gaande. De opzet is om in de nieuwbouw tbs-gestelden onder te gaan brengen die langdurige zorg en controle nodig hebben (longstay-longcare). In de bestaande kliniek worden dan patiënten opgenomen die naar verwachting na een aantal jaren (al dan niet via transmurale voorzieningen) kunnen uitstromen naar de vrije maatschappij. Tabel I geeft een overzicht van de verschillende afdelingen in de oudbouw en de capaciteit daarvan.<sup>4</sup> Op alle afdelingen verblijven zowel mannelijke als vrouwelijke tbs-gestelden.

In de tabel zijn ook de verschillende *transmurale voorzieningen* opgenomen.

<sup>3</sup> Naar aanleiding van de wederhoorreactie is het concept-rapport op onderdelen gecorrigeerd. Om recht te doen aan de uitvoerige reactie van de kliniek op enkele kritische oordelen van de Inspectie met betrekking tot de werkwijze van de kliniek, zijn de betreffende passages integraal opgenomen in bijlage 6 van het rapport.

<sup>4</sup> Binnen de kliniek zijn verder enkele appartementen, ook wel 'flatjes' genoemd, waar tbs-gestelden onder andere kunnen oefenen in zelfstandig wonen.

De Brug bestaat uit een aantal woningen voor patiënten die geen voortdurende begeleiding meer nodig hebben, maar waarmee zonodig dagelijks contact is en waarmee dagelijks gezamenlijk in groepsverband wordt gelucht. Ook is er een systeem van 24-uurs bereikbaarheid, waar tbs-gestelden (of hun netwerk/omgeving) zonodig op terug kunnen vallen.

Tbs-gestelden die meer begeleiding nodig hebben vanwege hun ernstige psychiatrische kwetsbaarheid, komen in aanmerking voor de voorzieningen van De Schutse. Een aantal plaatsen wordt in samenwerking met de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht beheerd. Daarnaast beschikt de kliniek over een dichtbij gelegen woonvoorziening De Weerd, bestemd voor tbs-gestelden die langdurige begeleiding en controle nodig hebben. Groepsleiders van de kliniek nemen hier de begeleiding voor hun rekening.

De Voorde is een speciale transmuraal voorziening voor patiënten met ernstige psychiatrische problematiek op het terrein van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Symfora te Zeist.

**Tabel I      Capaciteit Van der Hoeven Kliniek (excl. nieuwbouw)**

	<b>Afdeling</b>	<b>Plaatsen</b>
<b>Intramuraal</b>	Doelen I en II	24
	Eikeboom I en II	25
	Twijnhuis I en II	24
	Vrouwjutte I en II	24
	Nicolai	12
<b>Transmuraal</b>	Brug	19
	Schutse – SBWU	10
	Schutse – De Weerd	9
	Psychiatrisch Ziekenhuis	2
	Voorde	11
<b>Totaal</b>		<b>160</b>

Ten tijde van het inspectiebezoek bestond de administratieve sterkte van de kliniek uit 175 tbs-gestelden, waarvan er 52 transmuraal verbleven en 2 met proefverlof waren.<sup>5</sup>

In de begroting 2008 is voorzien in een gemiddelde personeelsbezetting van 271 fulltime equivalenten.

Over de Van der Hoeven Kliniek zijn in 2008 zes piketmeldingen gedaan. Het betrof een onttrekking aan begeleid verlof, vier onttrekkingen aan transmuraal verlof en een brand op de kamer van een tbs-gestelde. Tijdens de onttrekkingen hebben zich geen onregelmatigheden of strafbare feiten voorgedaan en alle betrokken tbs-gestelden zijn in de kliniek teruggekeerd.

## **1.6      Recent onderzoek**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) legde in juli 2005 een algemeen toezichtbezoek af gevolgd door een follow-up toezichtbezoek in december 2007 (IGZ, oktober 2008). De IGZ constateert dat de kliniek veel heeft geïnvesteerd in de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid. Zij stelt wel vast dat de

<sup>5</sup> De hogere bezetting ten opzichte van de in de tabel gespecificeerde capaciteit wordt veroorzaakt door een aantal patiënten dat al in de nieuwbouw was ingestroomd en doordat de kliniek vijf plaatsen boven de afgesproken capaciteit in gebruik heeft.

procedurele terugkoppeling van knelpunten, fouten, incidenten en –meer algemeen de gegevens die de monitoring van het behandelproces oplevert – naar respectievelijk het multidisciplinaire stafoverleg en de behandelteams versterkt kan worden. De kliniek is zelfbewust en heeft vertrouwen in de eigen aanpak. Dat is op zich positief, maar kan er volgens de IGZ wel toe leiden dat de gevoeligheid voor risico's minder groot wordt dan wenselijk is.

De ISt betrok de Van der Hoeven Kliniek bij het themaonderzoek Verlofbeleidskader TBS (ISt, december 2005). Het gebruik van het format voor het aanvragen van verlofmachtigingen werd daarin als ruim voldoende gekwalificeerd. Verder is de kliniek betrokken geweest bij het themaonderzoek TBS in het gevangeniswezen (ISt, november 2006) dat de ISt samen met de IGZ heeft verricht. Daarop volgde nog het vervolgonderzoek TBS in het gevangeniswezen (ISt, mei 2008).<sup>6</sup>

Mede naar aanleiding van de signaleringen van de IGZ in 2005 heeft de kliniek het initiatief genomen tot een ISO-certificeringstraject. TNO Certification B.V. heeft de kliniek daartoe in oktober 2008 heeft onderworpen aan een audit. Die audit heeft er inmiddels toe geleid dat de kliniek volgens de ISO-9001 norm is gecertificeerd.

De kliniek investeert veel in wetenschappelijk onderzoek en in het ontwikkelen van een evidence-based diagnose- en behandelinstrumentarium. Vanuit de invalshoek van de maatschappelijke veiligheid bezien, is een zeer recent artikel in *Sancties* relevant.<sup>7</sup> Daarin wordt de recidive van ex-patiënten gedurende een follow-up periode van vijf jaar onderzocht en onder meer vergeleken met het landelijk recidivepercentage na beëindiging van de tbs-maatregel. De onderzoekers van de kliniek melden daarover: "De recidivepercentages van de Van der Hoeven Kliniek laten in vergelijking met de landelijke percentages een relatief gunstig beeld zien: zij liggen ruim beneden het gemiddelde".

<sup>6</sup> Tot en met 2008 verbleef een deel van de tbs-gestelden van de Van der Hoeven Kliniek in de PI Wolvenplein. Dit is inmiddels niet langer het geval. De tbs-gestelden die daar verbleven, zijn opgenomen in de nieuwbouw van de kliniek.

<sup>7</sup> Binsbergen, M.H. van en L.H. Keune, *Resultaten tellen: uitkomstmaten in forensisch kwaliteitsbeleid*. In: *Sancties*, nr. 1, 2009, blz. 17-37.



## 2 Rechtspositie en bejegening

### 2.1 Informatie- en hoorplicht

#### **criterium**

De tbs-gestelden worden bij binnenkomst in het fpc begrijpelijk geïnformeerd over hun wettelijke rechten en plichten. Zij worden gehoord bij beperkingen in hun bewegingsvrijheid, zoals maatregelen en/of disciplinaire straffen, plaatsing en overplaatsing en intrekking van (proef-) verlof.

#### **Bevindingen**

De werkwijze met betrekking tot de intake van tbs-gestelden is vastgelegd in een geautomatiseerd informatiesysteem, het ISO-informatiesysteem. In dit systeem dat voor alle medewerkers toegankelijk is, zijn de aan vijf prestatie-indicatoren en daarvan afgeleide indicatoren gekoppelde werkprocessen beschreven, evenals de instructies en protocollen die daarop van toepassing zijn. De vijf prestatie-indicatoren zijn: instroom, doorstroom, uitstroom, interne incidenten en recidive.

Tbs-gestelden worden al voor de opname in de kliniek in de penitentiaire inrichting bezocht door een hoofd behandeling en daarna door een groepsleider en een patiënt van de leefgroep. Dan wordt onder meer de informatiebrochure "Wegwijs in de Van der Hoeven Kliniek" uitgereikt. Deze brochure dateert uit 2005 en is inmiddels aan actualisering toe.

De Van der Hoeven Kliniek beschikt niet over een inkomstafdeling. Tbs-gestelden worden op basis van een intake bij binnenkomst rechtstreeks op een verblijfsafdeling geplaatst. Nieuw binnengekomen patiënten krijgen een rondleiding door de kliniek en worden op de leefgroep geïnformeerd over de gang van zaken binnen de kliniek. Daarnaast is er een introductiegroep voor nieuwe patiënten, die wekelijks bij elkaar komt.

De tbs-gestelde krijgt ook een behandelmap, waarvan de huisregels deel uitmaken. De huisregels voldoen qua opzet en inhoud aan het voorgeschreven Model huisregels TBS-inrichtingen. De huisregels dateren uit 2007 en werden tot nu toe tweejaarlijks geactualiseerd. Het ISO-informatiesysteem dat eind 2008 is ingevoerd, voorziet in het jaarlijks actualiseren van de geldende huisregels. De huisregels zijn alleen in het Nederlands beschikbaar. Indien iemand de Nederlandse taal onvoldoende machtig is, dan worden de huisregels mondeling doorgenomen. Dit komt in de praktijk echter nauwelijks voor. De kliniek is verder doende om een Engelstalig informatieboekje over de kliniek op te stellen.

De intakeperiode staat vooral in het teken van het screenen van de tbs-gestelde met als doel om binnen drie maanden een conceptbehandelplan tot stand te brengen dat dan wordt besproken in een multidisciplinair stafoverleg. Er is een kliniekbreed draaiboek waarin de stappen in deze periode zijn beschreven. Doordat er in deze fase intensief contact is tussen onder meer de groepsleiders op de verblijfsafdeling en het hoofd behandeling, is de naleving van de screeningsprocedure volgens de gesprekspartners van de ISt afdoende geborgd.

Uit een in 2007 afgenomen survey onder de tbs-gestelden in de Van der Hoeven Kliniek blijkt dat bijna alle patiënten tevreden zijn over de manier waarop zij worden geïnformeerd over de gang van zaken in de kliniek. De tbs-gestelden waarmee de ISt heeft gesproken, bevestigden dit.

De huisregels schrijven voor dat patiënten zoveel mogelijk in een voor hem begrijpelijke taal worden gehoord als bijvoorbeeld maatregelen worden opgelegd. Dit gebeurt door één van de algemeen coördinatoren binnen de kliniek.<sup>8</sup> Deze functionarissen hebben gedelegeerde directiebevoegdheid. In de huisregels is ook vastgelegd in welke gevallen de ter beschikking gestelde een schriftelijke mededeling ontvangt over een getroffen maatregel. In de praktijk gebeurt dit ook. Als een tbs-gestelde de Nederlandse taal niet machtig is, zet men zonodig een tolk in.

### **Oordeel**

Op het criterium informatie- en hoorplicht voldoen beleid, uitvoering en borging aan de normen en verwachtingen van de ISt. De Inspectie gaat er daarbij van uit dat de huisregels en de informatiebrochure in 2009 daadwerkelijk zullen worden geactualiseerd.

## **2.2 Controle en geweldgebruik**

### **Criterium**

De grondrechten van de tbs-gestelden kunnen worden beperkt, maar niet verder dan voor het doel van de vrijheidsbeneming of de handhaving van de orde en veiligheid in het fpc noodzakelijk is. Het fpc draagt er zorg voor dat medewerkers over voldoende vaardigheden beschikken om geweld en/of vrijheidsbeperkende middelen te kunnen toepassen. De inzet van geweld en vrijheidsbeperkende middelen wordt bewaakt en intern geëvalueerd en leidt zonodig tot bijstelling van beleid.

### **Bevindingen**

De bejegening van tbs-gestelden in de Van der Hoeven Kliniek is gericht op het voorkomen van de noodzaak tot geweldstoepassing. Als conflicten of agressie dreigen te ontstaan, dan is het streven deze te deëscaleren. Desondanks komt het voor dat patiënten moeten worden gesepareerd en met fysieke dwang naar de separeerafdeling worden gebracht. Voor die gevallen is een richtlijn Fysieke Interventie opgesteld, die ten tijde van het inspectiebezoek nog niet definitief was vastgesteld. Deze instructie beschrijft helder en stapsgewijs hoe de betrokkene moet worden vastgepakt, gefixeerd en naar de separeerafdeling gedragen. Er is geen intern bijstandsteam dat zonodig fysiek intervenueert.<sup>9</sup> Dat doet de groepsleiding onder leiding van een algemeen coördinator. Hoewel er een protocol toepassing geweld en/of vrijheidsbeperkende middelen is, worden vrijheidsbeperkende middelen in de praktijk niet toegepast.<sup>10</sup>

Bijzonder is de rol van medepatiënten bij het separeren. De beslissing om een tbs-gestelde te separeren wordt in de kliniekraad genomen. Dat is een dagelijkse bijeenkomst van patiëntenvertegenwoordigers van de verschillende afdelingen, vertegenwoordigers van de groepsleiding en een algemeen coördinator.

<sup>8</sup> Er zijn in het hoofdgebouw van de kliniek zes algemeen coördinatoren. Dit zijn ervaren medewerkers die afkomstig zijn uit de groepsleiding. Zij hebben een controlerende, regelende en coördinerende functie binnen de kliniek. Ook zitten zij bij toerbeurt de dagelijkse stafvergadering voor.

<sup>9</sup> Is er sprake van (dreiging van) ernstig geweld, dan wordt zonodig een beroep gedaan op de politie in Utrecht waarmee een goede samenwerking is. De afgelopen jaren is dat echter niet nodig geweest.

<sup>10</sup> In de kliniek verblijft één patiënt die zo gevaarlijk is dat deze zich alleen met extra vrijheidsbeperkende middelen door het gebouw mag begeven.

Laatstgenoemde neemt de formele beslissing tot separatie en zegt deze aan de af te zonderen tbs-gestelde aan.

Patiënten in de kliniekraad zijn actief betrokken bij de feitelijke separatie. Zij zijn het die de betrokken tbs-gestelde er veelal van kunnen overtuigen om zonder verzet mee te gaan. Echter, soms verzet een patiënt zich en is fysieke dwang nodig om deze naar de separeerafdeling te brengen. Medepatiënten uit de kliniekraad helpen hierbij. Zij hebben –evenals de inrichtingsmedewerkers- daartoe ook een speciale training gehad in de daarbij toegepaste holdingtechniek.

De Inspectie heeft met veel partijen gesproken over deze betrokkenheid van medepatiënten bij het separeren. De patiënten moeten in het begin wel wennen aan die actieve rol bij het separeren, maar geven aan dat de voordelen ervan wel groot zijn. Zo hebben medepatiënten vaak een betere toegang tot de te separeren tbs-gestelde en zijn zij beter in staat om deze ertoe te bewegen zonder verzet mee te gaan. Een ander voordeel dat werd genoemd, is dat door het toezicht van medepatiënten de kans op disproportioneel geweld door personeel wordt geminimaliseerd. De Inspectie heeft ook met enkele tbs-gestelden gesproken die zelf gesepareerd zijn geweest. Die bevestigden de positieve kant van de betrokkenheid van medepatiënten.

Overigens kunnen patiënten uit de kliniekraad die weigeren, afzien van betrokkenheid. Ook komt het voor dat de inrichting bepaalde patiënten die betrokkenheid ontzegt, bijvoorbeeld vanwege het risico op gewelddadig gedrag. Als fysieke dwang is toegepast, dan wordt dat achteraf altijd geëvalueerd. Daar zijn dan ook de patiënten uit de kliniekraad bij betrokken.

Tijdens het verblijf op de separeerafdeling zijn er dagelijks zes contactmomenten met medewerkers en medepatiënten. Er wordt ook een apart separeerplan opgesteld.

De kliniek houdt bij hoeveel patiënten hoe lang worden afgezonderd. Uit die registratie bleek dat in 2008 in totaal dertig tbs-gestelden (soms meermalen) in een separeercel afgezonderd zijn geweest. Gemiddeld zijn deze patiënten ca. 4 dagen gesepareerd geweest.

### **Oordeel**

De Ist begrijpt de actieve rol die patiënten uit de kliniekraad spelen bij het proces van separatie. Die past binnen de gelijkwaardige omgangscultuur tussen personeel en tbs-gestelden binnen de kliniek en heeft ontegenzeggelijk positieve effecten.

Patiënten die dit hebben meegemaakt, bevestigen dit. Toch heeft de Ist zich afgevraagd of hiermee niet een principiële grens wordt overschreden.

Artikel 30 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) geeft aan dat het hoofd van de inrichting bevoegd is jegens een verpleegde geweld te gebruiken. Op grond van artikel 7, lid 2, Bvt kan het hoofd de uitoefening van deze bevoegdheid overdragen aan personeelsleden of medewerkers. Een patiënt is daartoe niet bevoegd.

Wat geweld is, wordt in de Bvt niet nader aangegeven, maar in de Geweldsinstructie inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden (een ministeriële regeling) wordt geweld omschreven als “elke dwangmatige kracht van meer dan geringe betekenis uitgeoefend op personen of zaken” (art. 1, onder c). Bij vastpakken van armen, benen en hoofd en het fixeren van de patiënt op de grond lijkt dan ook zonder meer sprake te zijn van het gebruik van geweld, waartoe medepatiënten niet bevoegd zijn. Inpraten op de betrokkene is uiteraard wel mogelijk.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> De Ist heeft voor het trekken van deze conclusie specifiek juridisch advies ingewonnen bij de directie Wetgeving van het Ministerie van Justitie en bij de afdeling Juridische Zaken van de DJI.

Kortom, hoewel de werkwijze van de kliniek begrijpelijk is, acht de ISt deze niet geoorloofd. De inzet van patiënten bij het separeren van medepatiënten dient zich te beperken tot aanwezigheid en verbale assistentie.

De kliniek heeft in haar wederhoorreactie aangegeven het oneens te zijn met het hierboven ingenomen standpunt van de ISt (zie bijlage 6). Zij bestrijdt onder meer dat er sprake zou zijn van 'geweld' als tbs-gestelden fysiek assisteren bij het separeren van medepatiënten. Mede op basis van het ingewonnen juridisch advies blijft de Inspectie echter van mening dat het toepassen van de holdingtechniek binnen de wettelijke definitie van geweld valt.

Dat medepatiënten vaak een betere ingang tot de te separeren tbs-gestelde hebben en vaak beter in staat zijn om deze ertoe te bewegen om zonder verzet mee te gaan, wordt door de Inspectie onderschreven. De ondersteuning van medepatiënten dient daarbij echter beperkt te blijven tot verbale assistentie.

Voor het overige zijn beleid, uitvoering en borging voor wat betreft het criterium controle en geweldgebruik in orde. Als er wordt gesepareerd, is dat doorgaans kort.

### **Aanbeveling**

Beperk de inzet van medepatiënten bij het separeren tot aanwezigheid en verbale assistentie, maar sluit fysieke assistentie uit.

## **2.3**

### **Bewegingsvrijheid binnen het fpc**

#### **Criterium**

Het fpc beschikt over een beschrijving van de afdelingskarakteristieken, met bijbehorende afdelingsregels. Tbs-gestelden worden in de gelegenheid gesteld een minimaal aantal uren samen met andere tbs-gestelden door te brengen. Na ten hoogste zes maanden bepaalt het hoofd van het fpc of voortzetting van het verblijf op de afdeling intensieve zorg noodzakelijk is.

#### **Bevindingen**

De huisregels beschrijven de bewegingsvrijheid binnen het fpc en voldoen op dit criterium aan de wettelijke vereisten.

De tbs-gestelden worden van 's-morgens 7:00 uur tot 's-avonds 22:00 uur van hun kamer uitgesloten. Zij kunnen zich dan in beginsel vrij door de kliniek bewegen en hebben daarbij vrijelijk contact met patiënten van andere afdelingen. Alleen op eigen verzoek van de tbs-gestelde of in verband met de veiligheid en/of een eventueel psychotisch toestandsbeeld van de patiënt wordt soms besloten dat iemand alleen onder begeleiding de eigen verblijfsafdeling mag verlaten. Voor wie dit geldt, wordt aangegeven in het dagelijkse ochtendbulletin dat elke morgen binnen de kliniek wordt verspreid.

De tbs-gestelden vinden dat zij voldoende mogelijkheden hebben voor contact met medepatiënten.

Vrouwelijke en mannelijke tbs-gestelden worden door elkaar op de verblijfsafdelingen gehuisvest. Wel zijn er gescheiden was afdelingen en alle patiënten beschikken over een eigen kamer. De gemengde samenstelling van de leefgroepen levert in de praktijk geen bijzondere problemen op. Volgens de geïnterviewde patiënten en medewerkers heeft dit juist een normaliserend effect op de manier waarop tbs-gestelden met elkaar omgaan. Relaties tussen patiënten komen soms voor, maar worden door de kliniek niet gestimuleerd. Als er sprake is van een serieuze liefdesrelatie, dan houdt de kliniek daar toezicht op en is de relatie altijd onderwerp van bespreking in de behandeling. Overigens wijst de directie van de kliniek er op dat liefdesrelaties zich ook tussen mannen onderling en vrouwen onderling kunnen voordoen.

Er is één afdeling (Nicolai) waar de patiënten de afdeling niet mogen verlaten en individueel worden benaderd. De afdeling Nicolai is bestemd voor tbs-gestelden die (nog) niet over voldoende vaardigheden beschikken om mee te doen op een reguliere leefgroep. De afdeling is niet alleen bedoeld voor langdurige individuele behandeling, maar ook voor korte crisisopnamen waarna de patiënt weer terugkeert naar een gewone verblijfsafdeling. De afdeling heeft een eigen werkplaatsje en activiteitenbegeleiders komen hier naar de afdeling. De patiënten op de afdeling zijn dagelijks minimaal vier uur van de kamer. In die zin is het geen afdeling voor intensieve zorg in de zin van art. 32 Bvt. Mocht het noodzakelijk zijn om de bewegingsvrijheid van tbs-gestelden op de afdeling Nicolai verder te beperken, dan wordt dat bij wijze van beklagwaardige maatregel aangezegd.

#### **Oordeel**

Het beleid van de Van der Hoeven Kliniek met betrekking tot het criterium bewegingsvrijheid voldoet ruimschoots aan de rechtspositionele eisen. De uitvoering en borging voldoen eveneens.

### **2.4 Contact met de buitenwereld**

#### **Criterium**

Tbs-gestelden worden in de gelegenheid gesteld om per post, telefonisch of door middel van bezoek contact met de buitenwereld te onderhouden. Deze mogelijkheden zijn vastgelegd en in overeenstemming met de wettelijke eisen.

#### **Bevindingen**

De huisregels beschrijven de rechten en beperkingen met betrekking tot telefoneren, post en bezoek. Die corresponderen met datgene wat daarover is vastgelegd in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

Telefoneren kan elke avond van 18:00 tot 21:00 uur en gedurende het weekeinde. Er kan alleen worden gebeld met telefoonnummers die bekend en geverifieerd zijn. In het begin vinden de telefoongesprekken onder begeleiding plaats. Naderhand gebeurt dat alleen nog op indicatie.

De bezoekmogelijkheden zijn ruim: elke dag van 19:00 tot 21:00 uur; en in het weekeinde van 14:00 tot 17:00 uur en van 19:00 tot 21:00 uur. Het bezoek vindt op de kamer van de patiënt of in de groepsruimte plaats. In het begin gebeurt dat nog onder begeleiding van een groepsleider, maar na enkele keren blijft dat toezicht doorgaans achterwege. Het bezoek mag zich door het hele voor patiënten toegankelijke deel van de kliniek bewegen. Hoewel dat ook voor bezoekende kinderen geldt, zien de patiënten er doorgaans op toe dat zij niet zonder begeleiding van een volwassene van de kamer afgaan. Ook de inrichting houdt kinderen tijdens bezoek nauwlettend in de gaten, zowel via het cameratoezicht als door de sterk ontwikkelde sociale controle binnen de kliniek. Verder is via de bezoekerslijsten altijd duidelijk wanneer kinderen op bezoek komen.

Bezoekers worden tevoren thuis bezocht en gescreend door medewerkers van de buitendienst van de kliniek. Dan wordt ook de gang van zaken in de kliniek uitgelegd. Verder krijgen zij bij het eerste bezoek een rondleiding door de kliniek.

De geïnterviewde tbs-gestelden zijn tevreden over de mogelijkheden van telefoneren, post en bezoek.

### **Oordeel**

Op het criterium contact met de buitenwereld voldoen het beleid, de uitvoering en de borging overwegend. Wel acht de Inspectie het raadzaam om bezoekers en patiënten zowel schriftelijk als mondeling te wijzen op de noodzaak om oog te houden op hun bezoekende kinderen. Hoewel de kliniek aangeeft hier zelf alert op te zijn, is het wenselijk is om ook het bezoek hierop te attenderen.

### **Aanbeveling**

Maak het bezoekbeleid volledig door patiënten en bezoekers zowel schriftelijk als mondeling te wijzen op de noodzaak om kinderen binnen de kliniek steeds te begeleiden.

## **2.5**

### **Verzorging, activiteiten en arbeid**

#### **Criterium**

Het fpc biedt de tbs-gestelden verzorging en activiteiten die voldoen aan de wettelijke standaard. De tbs-gestelden hebben tijdig toegang tot de geestelijke en sociale verzorging. De uitvoering van het dagprogramma wordt gecontroleerd, geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

#### **Bevindingen**

In de huisregels zijn voorschriften opgenomen over de geestelijke verzorging, de medische zorg, het dragen van kleding, de maaltijdvoorziening, de bibliotheek, het eigen geld van tbs-gestelden en de hygiëne op de verblijfsafdeling. Deze regels corresponderen met de eisen van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

Aan de kliniek zijn een protestantse en een katholieke geestelijke verzorger verbonden. Op verzoek worden contacten gelegd met geestelijk verzorgers van andere denominaties. Op zondagavond is er een christelijke dienst, maar ook op enkele doordeweekse avonden zijn er activiteiten van de geestelijk verzorging. Ten tijde van het inspectiebezoek werd actief gezocht naar een imam voor een gespreksgroep van moslim patiënten. De geestelijke verzorging wordt door de kliniek goed gefaciliteerd. Ook de tbs-gestelden zijn zeer tevreden over de geestelijk verzorging. In het patiënt-tevredenheidsonderzoek dat in 2007 is gehouden, kregen de geestelijk verzorgers als rapportcijfer een 8,3.

Arbeid neemt een centrale plaats in binnen de behandelaanpak van de kliniek. Het vinden van een passende betrekking wordt als een belangrijke recidiveverminderende factor beschouwd. Bij het opstellen van een behandelplan wordt een beroepskeuzetest afgenomen en wordt een arbeidstraject uitgezet. Er is een zeer breed scala aan arbeidsvoorzieningen binnen de kliniek, variërend van eenvoudige arbeid tot gespecialiseerde leerwerkplaatsen waar certificaten kunnen worden behaald. Daartoe is een intensieve samenwerking met een Regionaal Opleidings Centrum. Tbs-gestelden die in een latere fase van de behandeling met verlof mogen, kunnen daar ook op locatie gebruik maken van het onderwijsaanbod. Hoeveel uren de patiënten werken, is afhankelijk van het behandelplan. Deelname aan de arbeid wordt beloond volgens een voor de tbs-gestelden duidelijk puntensysteem.

Uitval van arbeidsactiviteiten komt in de praktijk niet voor. Bij ziekte springen medewerkers van andere afdelingen zonodig in.

Er zijn aan de kliniek vier vaste en vijftientig parttime onderwijsmedewerkers verbonden. De afdeling onderwijs beschikt over elf afgescheiden ruimtes waar patiënten onder begeleiding kunnen studeren. Ongeveer tweederde van de tbs-

gestelden volgt onderwijs. Ook hier geldt dat collega-onderwijzers inspringen als een onderwijsactiviteit bijvoorbeeld door ziekte dreigt uit te vallen. De geïnterviewde tbs-gestelden zijn tevreden over de onderwijsfaciliteiten.

Creatieve vormingsactiviteiten maken ook onderdeel uit van het behandelplan. Er zijn verschillende activiteiten mogelijk; deels groepsgewijs, deels individueel. Daarnaast is er op enkele doordeweekse avonden een zogenaamde instuif waarbij patiënten buiten het behandelprogramma om aan creatieve activiteiten kunnen meedoen.

Ook bij de sport is er driemaal per week een dergelijke instuif. Verder is er een fitnessclub waarvan tbs-gestelden lid kunnen worden. De sport die overdag plaatsvindt, is onderdeel van het individuele behandelprogramma. Doorgaans is dat driemaal per week. Er zijn binnen de kliniek een sportzaal, een dojo, een fitnessruimte, een cardioruimte en een zwembad. Buiten is een sportveld waarvan patiënten alleen gebruik mogen maken als dat vanuit veiligheidsoverwegingen verantwoord wordt geacht. Er worden de nodige onderlinge toernooien en buitensportactiviteiten georganiseerd. Uitval komt bij de sport wel eens voor, maar de wettelijke minimumeis van tweemaal drie kwartier sport komt in de praktijk niet in gevaar.

Blijkens de in 2007 afgenomen patiënt-tevredenheidssurvey is ruim 70% van de tbs-gestelden tevreden over de sport-, onderwijs- en creatieve activiteiten. Het oordeel over de arbeidstraining was minder. Hierover was 57% tevreden.

Of de tbs-gestelden kwalitatief de juiste (medische) behandeling krijgen is een vraag die de Inspectie voor de Gezondheidszorg beantwoordt. Na afstemming hierover met de IGZ heeft de Ist in het kader van deze doorlichting geïnformeerd naar de tijdige beschikbaarheid van behandelplannen van patiënten en naar de voortvarende uitvoering daarvan.

De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden schrijft voor dat uiterlijk binnen drie maanden na binnenkomst een behandelplan wordt vastgesteld. In de praktijk wordt deze termijn lang niet altijd gehaald. Wel is er uiterlijk drie maanden na binnenkomst een zg. indicatiestaf waar het conceptbehandelplan wordt besproken. Eerste behandelactiviteiten zijn dan ook al gestart. De inrichting heeft aangegeven dat als onderdeel van het ISO-informatiesysteem eventuele termijnoverschrijdingen bij de behandelplanning in de toekomst zullen worden bijgehouden.

Het behandelplan wordt in de Van der Hoevenkliniek driemaandelijks geëvalueerd. Dat is vaker dan de wettelijk voorgeschreven termijn van zes maanden.

Enkele jaren geleden waren er forse wachttijden voor bepaalde behandelonderdelen. Daarover klaagden de patiënten ook over in de in 2007 afgenomen survey. Volgens zowel de medewerkers als de patiënten waarmee de Ist heeft gesproken, zijn de wachttijden nu beperkt. Het komt soms wel voor dat wat langer moet worden gewacht totdat er bijvoorbeeld voldoende deelnemers zijn voor een bepaalde training, maar dat leidt niet tot een vertraging van het algehele behandeltraject.

### **Oordeel**

Op het criterium verzorging, activiteiten en arbeid voldoen het beleid en de uitvoering. Voor wat betreft de borging is het van belang dat behandel(plan)termijnen scherper bewaakt gaan worden. De onlangs ingevoerde ISO-systematiek beoogt hierin te voorzien.

Als onderdeel van haar wederhoorreactie geeft de kliniek aan dat de afgelopen jaren het diagnostisch instrumentarium, inclusief de risicotaxatie zijn uitgebreid. Voor het

toepassen van deze instrumenten is meer tijd nodig. Desondanks geeft de kliniek aan dat er alles aan wordt gedaan om de behandelplannen binnen uiterlijk tien weken gereed te hebben.

## 2.6 Disciplinaire straffen en maatregelen

### Criterion

De manier waarop de orde binnen het fpc met disciplinaire straffen en maatregelen wordt gehandhaafd is proportioneel en transparant.

### Bevindingen

De Van der Hoeven Kliniek legt geen disciplinaire straffen op. Dit is ook zo in de huisregels vermeld. Wel hanteert men maatregelen zoals afzondering op de eigen kamer, op een zg. herstelkamer of in een separeercel.<sup>12</sup> Ook kunnen bepaalde privileges worden teruggedraaid.

In de huisregels is beschreven welke uitgangspunten gelden bij het opleggen van maatregelen. Dat neemt niet weg dat in de praktijk het maatregelbeleid van afdeling tot afdeling zou kunnen gaan divergeren. Kliniekbrede consistentie wordt echter bereikt door de op te leggen maatregelen te bespreken in de dagelijkse kliniekbrede stafbespreking waaraan in beginsel alle aanwezige kliniekmedewerkers deelnemen. Divergentie in maatregelbeleid wordt verder voorkomen door medewerkers stelselmatig tussen teams te laten rouleren.

De beklagcommissie van de commissie van toezicht heeft in 2008 geen klachten over opgelegde maatregelen hoeven te behandelen.

Voor wat betreft de borging is van belang dat er jaarlijks een overzicht wordt opgesteld van de opgelegde maatregelen. Ook daardoor komen eventuele systematische verschillen tussen afdelingen aan het licht.

Verder worden afzonderlijke incidenten en naar aanleiding daarvan getroffen maatregelen geëvalueerd in het eerder genoemde dagelijkse stafoverleg.

### Oordeel

Op het criterium disciplinaire straffen en maatregelen voldoen het beleid, de uitvoering en de borging in de Van der Hoeven Kliniek.

## 2.7 Omgang met tbs-gestelden

### Criterion

Medewerkers gedragen zich respectvol en humaan tegenover tbs-gestelden. Deze verwachtingen zijn expliciet en op schrift gesteld. Er is toezicht op de manier waarop medewerkers met tbs-gestelden omgaan en dit wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

### Bevindingen

De wijze waarop medewerkers en tbs-gestelden in de Van der Hoeven Kliniek met elkaar omgaan, verschilt met andere fpc's. De tbs-gestelden hebben een grotere mate van autonomie en eigen verantwoordelijkheid dan elders te doen gebruikelijk is. Elementen van het behandelprincipe van de therapeutische gemeenschap zijn duidelijk aanwezig.

De behandelphilosofie van de kliniek is beschreven in verschillende documenten, zoals de voorlichtingsbrochure voor patiënten en het boek "Organising Forensic

<sup>12</sup> Verblijf op een herstelkamer is een overgangsfase voorafgaand aan of na afloop van afzondering in een separeercel.



Psychiatry" waarin de werkwijze van de Van der Hoeven Kliniek wordt uiteengezet.<sup>13</sup> De behandelvisie ligt aan de basis van het ISO 9001 kwaliteitssysteem. De uitgesproken behandelvisie van de kliniek is bij de medewerkers bekend en is voor velen van hen ook een overtuigende factor die hen aan de kliniek bindt.

In de kliniek wordt een groot beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van patiënten. Medewerkers en patiënten zijn gemeenschappelijk verantwoordelijk voor de veiligheid binnen de kliniek. De voortgang van de behandeling van patiënten is onderwerp van gesprek binnen de leefgroepen. Bij belangrijke beslissingen zoals met betrekking tot het verlenen van vrijheden of het ontnemen daarvan hebben medepatiënten een belangrijke adviserende rol. Het meest duidelijk komt deze tot uitdrukking in de kliniekraad waarin patiënten en medewerkers gezamenlijk belangrijke beslissingen met betrekking tot individuele tbs-gestelden voorbereiden.

Uit de in 2007 gehouden survey onder de patiënten blijkt dat 90% tevreden is over de omgang met de groepsleiding. De tbs-gestelden waarmee de ISt heeft gesproken bevestigen dit, maar geven tegelijkertijd aan dat niet voor iedereen de sterke groepsgerichte aanpak van de Van der Hoeven Kliniek passend is. Ook constateren zij wel verschillen in opstelling tussen afdelingen en tussen individuele groepsleiders.

De wijze van bejegening is in verschillende overlegvormen evenals bij de intervisie en bij de werkbegeleiding van nieuwe medewerkers nadrukkelijk onderwerp van aandacht.

De ISt vindt het belangrijk dat tbs-gestelden die zijn ingesloten in noodgevallen contact kunnen leggen met medewerkers van de kliniek. 's-Nachts is dat gegarandeerd doordat patiënten de kamerwacht kunnen waarschuwen die per afdeling is aangesteld. Zijn kamerdeur wordt 's-nachts niet afgesloten en hij kan vanaf de afdeling met de centraalpost van de kliniek telefoneren. Voor tbs-gestelden die overdag op de eigen kamer zijn afgezonderd, is het echter lastig om in noodgevallen contact te kunnen leggen met medewerkers. Op twee afdelingen na (nl. Nicolai en Doelen) is er geen spreek-luisterverbinding op de kamers van de verblijfsafdelingen en ook zijn dan niet altijd medepatiënten of medewerkers op de afdeling aanwezig die zonodig alarm kunnen slaan.

### **Oordeel**

Op het criterium omgang met tbs-gestelden voldoen het beleid, de uitvoering en de borging grotendeels. De open communicatie met tbs-gestelden en de grote mate van verantwoordelijkheid die bij patiënten wordt gelegd, hebben grote voordelen. Zo heeft het ontbreken van een wij-zij cultuur niet alleen een gunstige uitwerking op het bejegeningssklimaat maar komt het ook de veiligheid binnen de kliniek ten goede. Veiligheidsrisico's worden vaak eerder door patiënten gesignaleerd.

Wel vraagt de ISt aandacht voor het risico dat patiënten die overdag op hun kamer zijn afgezonderd in noodgevallen (bijvoorbeeld bij acute gezondheidsklachten) geen contact kunnen leggen met kliniekmedewerkers.

### **Aanbeveling**

Tref een voorziening waardoor tbs-gestelden die overdag op hun kamer zijn afgezonderd in noodgevallen een beroep kunnen doen op inrichtingsmedewerkers.

<sup>13</sup> Binsbergen, M.H. et al., *Organising Psychiatric Psychiatry: clinical practice at the Van der Hoeven Kliniek*, 2007, Utrecht.

## 2.8 Functioneren bemiddelings- en beklagprocedure

### Criterion

In de huisregels is opgenomen op welke wijze tbs-gestelden in beklag kunnen gaan en hoe zij contact kunnen krijgen met de maandcommissaris. De bemiddelings- en beklagprocedure functioneren naar behoren. Het aantal en de aard van de beklagzaken worden periodiek geëvalueerd.

### Bevindingen

De huisregels van de kliniek beschrijven de te volgen handelwijze voor tbs-gestelden als het gaat om bemiddeling, beklag, schorsing en beroep bij genomen beslissingen van de directeur. De tbs-gestelde kan daarbij gebruik maken van een advocaat, raadsman, vertrouwenspersoon en tolk.

In 2008 zijn er in het geheel geen klachten afgedaan door de beklagcommissie van de kliniek. De twintig klachten die in dat jaar zijn ingediend, zijn alle door bemiddeling van de maandcommissaris van de commissie van toezicht opgelost. De maandcommissaris bezoekt de kliniek wekelijks.

Dat er überhaupt zo weinig klachten zijn ingediend, komt mede doordat ook de kliniek zelf probeert conflicten intern op te lossen. De patiënten waarmee de Ist heeft gesproken, staan wisselend tegenover de sterke inzet op bemiddeling. Sommigen meenden dat de kliniek er alles aan gelegen is om beklagzaken te voorkomen en dat patiënten daardoor worden belemmerd om eventuele onjuiste handelwijzen formeel te laten toetsen. Anderen zijn juist erg te spreken over de actieve rol van de maandcommissaris die conflicten vaak snel en bevredigend weet op te lossen. Voor de klacht van enkele patiënten dat de kliniek hen vanwege de externe beeldvorming zou afhouden van het indienen van een formeel beklag, heeft de Inspectie verder geen aanwijzingen gevonden.

### Oordeel

De beklagprocedure voldoet volledig aan de eisen. Door bemiddeling worden langdurige beklagprocedures voorkomen en kunnen conflicten adequaat worden opgelost.

## 2.9 Medezeggenschap

### Criterion

De tbs-gestelden worden in de gelegenheid gesteld om via vertegenwoordigers in overleg te treden met de directie over algemene onderwerpen betreffende het leef- en woonklimaat van het fpc. Het fpc heeft de bevoegdheden, de samenstelling en de werkwijze van deze vertegenwoordiging in de huisregels vastgelegd. Het functioneren van de vertegenwoordiging wordt periodiek geëvalueerd.

### Bevindingen

De huisregels van de Van der Hoevenkliniek beschrijven de medezeggenschap van tbs-gestelden in de vorm van een kliniekraad. Dat is een dagelijkse bijeenkomst van patiëntenvertegenwoordigers van de verschillende afdelingen met vertegenwoordigers van de groepsleiding en een algemeen coördinator. De patiënt-deelnemers rouleren, waarbij in beginsel iedereen op een gegeven moment aan de beurt is. In die kliniekraad worden algemene onderwerpen en knelpunten besproken, maar ook worden er belangrijke beslissingen (verlof, separatie) van individuele patiënten voorbereid. Er is een apart reglement kliniekraad. Het functioneren van de kliniekraad komt regelmatig in het overleg aan de orde.

Hoewel de huisregels de mogelijkheid bieden dat de patiëntleden eens per maand zonder aanwezigheid van stafleden bijeenkomen, is hier in de praktijk geen behoefte aan.

Kenmerkend voor de directe en open communicatie binnen de kliniek is ook de maandelijkse WoensdagAvondBespreking (WAB). Dat is een gezamenlijke maaltijd voor patiënten en staf waaraan ook directieleden deelnemen en regelmatig eveneens vertegenwoordigers van de raad van bestuur. Tijdens een WAB worden algemene onderwerpen en eventuele spanningen binnen de kliniek besproken.

#### **Oordeel**

Het beleid, de uitvoering en de borging op het criterium medezeggenschap voldoen. De Ist is zeer positief over de korte en open communicatielijnen tussen patiënten en staf van de kliniek.

### **2.10 Verlenging van de tbs met verpleging**

#### **Criterium**

De wettelijke termijnen waarbinnen het hoofd van het fpc de minister een advies stuurt over de wenselijkheid en termijn van verlenging worden gehaald. Het fpc heeft werkprocessen ingericht om tijdig te kunnen adviseren over de verlenging of (voorwaardelijke) beëindiging van de tbs. De uitvoering van de adviesfunctie inzake de tbs-verlenging wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

#### **Bevindingen**

De termijnen voor het aanvragen van een tbs-verlenging worden in de Van der Hoeven Kliniek bewaakt door de afdeling Informatie en Communicatie. Tot nu toe gebeurt dat handmatig. Er komt een bewakingssysteem in het elektronische zorginformatiesysteem EZIS, dat de kliniek in 2008 in gebruik heeft genomen. EZIS is een integraal informatiesysteem waarin de verschillende disciplines binnen de kliniek per patiënt bijzonderheden (bv. uit dagrapportages) en relevante documenten (bv. behandelplannen) digitaal kunnen opslaan.

In 2008 zijn geen verlengingsaanvragen te laat ingediend.

#### **Oordeel**

Op het criterium verlenging van de tbs met verpleging voldoen het beleid, de uitvoering en de borging. De Ist gaat er daarbij vanuit dat de termijnbewaking in de loop van 2009 in het informatiesysteem EZIS zal worden geborgd.

### **2.11 Longstay-plaatsing**

#### **Criterium**

Bij de voorbereiding van een aanvraag voor een longstay-plaatsing worden de landelijke criteria en procedures gehanteerd. Het fpc heeft hiertoe interne werkprocessen ingericht. De uitvoering van deze procedure wordt regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

#### **Bevindingen**

Bij de aanvragen voor een longstay-plaatsing wordt het landelijke format gehanteerd. In 2007 zijn er acht aanvragen voor een dergelijke plaatsing geweest; in 2008 ging het om twee gevallen.

De Van der Hoeven Kliniek had ten tijde van het inspectiebezoek nog geen eigen longstay-voorziening. Dat zal in de loop van 2009 met de verdere ingebruikname van de nieuwbouw wel zo zijn.

### **Oordeel**

Er is nog te weinig ervaring met longstay-plaatsingen en –voorzieningen in de Van der Hoeven Kliniek om een inspectie-oordeel op te kunnen baseren.

## **2.12**

### **Conclusie**

De Inspectie is in het algemeen positief over de manier waarop de rechtspositie van tbs-gestelden in de Van der Hoeven Kliniek in beleid en uitvoering is gewaarborgd. Bijzonder is de grote eigen en medeverantwoordelijkheid die de patiënten hebben. Ook de zeer korte en open communicatielijnen van patiënten met de medewerkers en de leiding van de kliniek zijn opvallend. Het feit dat in 2008 slechts twintig klachten zijn ingediend bij de beklagcommissie van de kliniek en dat al deze klachten door middel van bemiddeling konden worden opgelost, is in dit verband veelzeggend.

Dit alles komt niet alleen het bejegeningssklimaat ten goede, maar heeft ook positieve effecten voor de veiligheid binnen de kliniek.

Op één belangrijk onderdeel meent de Ist dat de kliniek teveel medeverantwoordelijkheid toekent aan patiënten. Dat betreft de fysieke assistentie die zij verlenen bij het separeren van tbs-gestelden. Het toepassen van fysieke dwang is wettelijk voorbehouden aan inrichtingspersoneel.

## 3 Interne veiligheid

### 3.1 Interne veiligheidsvoorzieningen

#### **criterium**

De interne veiligheidsvoorzieningen voldoen aan de geldende eisen. Het fpc beschikt over vastgelegd veiligheidsbeleid ter beheersing van calamiteiten. Het beleid wordt toegepast en stelselmatig gecontroleerd, geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

#### **Bevindingen**

De Van der Hoeven Kliniek beschikt over een gebruiksvergunning. Verder heeft de Van der Hoeven Kliniek een calamiteitenplan dat aan de richtlijnen van DJI voldoet. De werkinstructies ter beheersing van calamiteiten zijn in het najaar van 2008 in het kader van de ISO-certificeringsoperatie geactualiseerd.

De kliniek heeft een BHV-organisatie, maar niet iedereen heeft een speciale BHV-cursus gevolgd. Wel is gegarandeerd dat er altijd, ook 's-nachts, getrainde BHV-ploegleiders aanwezig zijn.<sup>14</sup>

Medewerkers kunnen binnen twee minuten bij de brandhaard zijn. Dat is bij brandoefeningen vastgesteld. Alle kamers van tbs-gestelden hebben rookmelders. De kamers hebben geen spreek-luisterverbinding met de centraalpost van de kliniek. Per verblijfsafdeling van twee verblijfsafdelingen is een tbs-gestelde als brandwacht aangesteld die in noodgevallen assistentie kan verlenen. Zijn kamerdeur wordt 's-nachts niet afgesloten. Patiënten die brandwacht hebben, zijn door de brandweer van Utrecht geïnstrueerd.

De medewerkers van de inrichting beschikken over DECT-telefoons met snelcodes bij alarm. Die telefoons hebben dezelfde functionaliteit als de piepers die in andere justitiële inrichtingen gebruikelijk zijn.

Er vinden af en toe calamiteitenoefeningen plaats, maar de leiding van de inrichting geeft zelf aan dat deze oefeningen systematischer moeten worden ingepland. Er is inmiddels een oefenschema gepland voor 2009 dat voorziet in vijf oefeningen in de kliniek.

Begin 2007 is door het Nederlands Instituut voor Fysieke Veiligheid Nibra een BHV-scan uitgevoerd. Ook daarin werd meer systematische aandacht voor de planning van calamiteitenoefeningen als verbeterpunt signaleerd.

De laatste integrale risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) dateert van 2003 en is sterk verouderd. Wel zijn in de afgelopen jaren op deelgebieden RI&E's verricht. Er is eind 2008 een coördinator calamiteitenplan, die tevens hoofd BHV is. Hij heeft onder meer tot taak heeft gekregen om een nieuwe RI&E uit te voeren. Deze is in de tweede helft van 2009 voorzien.

Het hoofd BHV let er tijdens rondes door de inrichting op of vluchtroutes en blusmiddelen toegankelijk zijn. Naast deze controles stelt hij in de verschillende overleggremia binnen de kliniek veiligheidskwesties aan de orde.

<sup>14</sup> Alle BHV'ers hebben een speciale training gehad. Verder is er inmiddels een jaarlijkse herhalingscursus (met certificaat) opgezet.

In de BHV-scan die begin 2007 is verricht, wordt aangegeven dat behalve extra aandacht voor calamiteitenoefeningen ook de herkenbaarheid van bhv'ers in noodsituaties verbetering behoeft. Beide punten zijn inmiddels opgepakt.

#### **Oordeel**

Op het criterium interne veiligheidsvoorzieningen voldoen het beleid en de uitvoering overwegend. Het heeft erg lang geduurd voordat de verbeterpunten uit de BHV-scan zijn opgepakt. Ook de RI&E is sterk verouderd. In dat opzicht was de borging ten tijde van het inspectiebezoek dan ook nog beperkt.

#### **Aanbeveling**

Breng versnelling aan in het proces om de bedrijfshulpverlening binnen de kliniek op het gewenste peil te brengen.

### **3.2**

#### **Bestrijding drugsgebruik**

##### **Criterium**

Het fpc beschikt over vastgelegd beleid dat gericht is op de bestrijding van drugs(-gebruik) in de inrichting. Het fpc is actief in het bestrijden van drugs(-gebruik). De naleving van het drugsbestrijdingsbeleid wordt stelselmatig gecontroleerd, geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

##### **Bevindingen**

De dienst- en werkinstructies van de inrichting beschrijven de bevoegdheden, mogelijkheden en uitvoeringsvoorschriften van controle van drugsgebruik. De afname van urinecontroles (uc's) wordt ook in de huisregels voor de tbs-gestelden toegelicht.

Uc's en/of alcoholcontroles worden alleen afgenomen als daar op basis van de anamnese van een tbs-gestelde indicaties voor zijn. Controles vinden dan gerandomiseerd plaats, waarbij de frequentie varieert naar gelang de ernst van het gebruiksrisico. De medische dienst beheert daartoe een planningssysteem en geeft aan de verblijfsafdeling door welke tbs-gestelde wanneer moet worden gecontroleerd.

Tbs-gestelden die terugkeren van onbegeleid verlof worden niet stelselmatig gecontroleerd op contrabande. Dat gebeurt alleen op indicatie.

Kamercontroles vinden regelmatig plaats. Hoe een kamercontrole dient plaats te vinden is vastgelegd in een werkinstructie. De hygiëne van de kamers wordt wekelijks gecontroleerd. Gerichte controles op de aanwezigheid van contrabande vinden alleen plaats als daarvoor indicaties zijn. De tbs-gestelde kan bij de kamercontrole aanwezig zijn. De uitgevoerde kamercontroles worden in de dagrapportages van de afdelingen geregistreerd.

Af en toe wordt een afdeling of zelfs de hele kliniek aan een veiligheidscontrole onderworpen. De beslissing daartoe wordt door de algemeen coördinator genomen en 's-morgens in de kliniekbrede stafvergadering meegedeeld. Alle deelnemers aan de stafvergadering nemen vervolgens deel aan zo'n zoekactie. In 2008 is de kliniek eenmaal integraal doorgespit.

De aantallen afgenomen urine- en alcoholcontroles, evenals de uitslagen daarvan worden door de kliniek bijgehouden. In 2008 zijn 2662 uc's afgenomen. Het ging daarbij in totaal om 112 patiënten. 0,9% van die uc's was positief. Het percentage positieve uc-uitslagen is de afgelopen jaren gedaald. In 2005 en 2006 was dat nog

ruim 2%.<sup>15</sup> De tbs-gestelden en de kliniekmedewerkers waarmee de Inspectie heeft gesproken, bevestigen dat er weinig drugs binnen de kliniek zijn. De sterke sociale controle binnen de kliniek bemoeilijkt het ontstaan van eventuele netwerken van drugshandel en –gebruik. Daar komt bij dat bij geconstateerd druggebruik privileges worden ontnomen en dat deze pas na een ‘herstelperiode’ van zo’n tien weken kunnen worden terugverdiend. Dit schrikt volgens de geïnterviewde tbs-gestelden af.

#### **Oordeel**

De bestrijding van het gebruik van alcohol en drugs binnen de Van der Hoevenkliniek is effectief. De korte en open communicatielijnen tussen medewerkers en patiënten dragen hieraan bij, evenals de grote mate van verantwoordelijkheid voor de veiligheid die bij de tbs-gestelden wordt gelegd. Beleid, uitvoering en borging van de bestrijding van drugs- en alcoholgebruik voldoen dan ook.

### **3.3 Bestrijding onderlinge agressie**

#### **Criterium**

Onderlinge agressie en geweld tussen tbs-gestelden worden tegengegaan aan de hand van een vastgelegd beleid dat als zodanig bekend is bij de medewerkers, tbs-gestelden en bezoekers en dat periodiek geëvalueerd wordt op effectiviteit.

#### **Bevindingen**

Als conflicten of agressie dreigen te ontstaan, dan is het streven deze te deëscaleren. Dit uitgangspunt is onderdeel van de algemene behandelfilosofie van de kliniek. De manier waarop patiënten onderling met elkaar omgaan, is een centraal onderwerp van de wekelijks groeps gesprekken op de verblijfsafdelingen. De open communicatie en het groepsgericht werken dragen ertoe bij dat medewerkers en tbs-gestelden zich in de Van der Hoeven Kliniek veilig voelen. Dat bleek niet alleen uit de gesprekken die de ISt heeft gevoerd, maar ook uit het in 2007 afgenomen patiënt-tevredenheidsonderzoek.

De Van der Hoevenkliniek heeft camera's op de meest kwetsbare plekken in de inrichting. Er is weliswaar geen cameratoezicht in de trappenhuizen, maar dat wordt niet als een veiligheidsprobleem ervaren. Volgens verschillende partijen waarmee de ISt heeft gesproken, wordt de zg. onderhuisgang als onveilig ervaren. Deze gang loopt ondergronds en verbindt delen van het gebouw met elkaar. Er is daar geen cameratoezicht.

Veiligheidsincidenten worden geregistreerd. In het ISO-informatiesysteem is het aantal incidenten in de kliniek een prestatie-indicator.

De Van der Hoeven Kliniek doet in beginsel aangifte van strafbare feiten. Dat beleid is in een schriftelijke instructie vastgelegd. De ISt heeft vastgesteld dat in voorkomende gevallen ook daadwerkelijk aangifte wordt gedaan.

#### **Oordeel**

Op het criterium bestrijding onderlinge agressie voldoen het beleid en de borging. De uitvoering is grotendeels op orde. Alleen de veiligheid in de onderhuisgang kan worden verbeterd.

<sup>15</sup> In 2008 zijn 375 alcoholcontroles verricht, waarvan er slechts 2 positief waren.

### **Aanbeveling**

Verbeter de veiligheid in de onderhuisgang, bijvoorbeeld door daar cameratoezicht te realiseren.

## **3.4**

### **Integriteit**

#### **criterium**

Het fpc hanteert een actueel integriteitsbeleid en het fpc-personeel oefent zijn functie integer uit. Integriteitsaspecten vormen een regelmatig terugkerend onderwerp van het werkoverleg. In het fpc is een vertrouwenspersoon integriteit beschikbaar. Evaluaties van het integriteitsbeleid vinden in het fpc waarneembaar plaats.

#### **Bevindingen**

Het integriteitsbeleid van de Van der Hoevenkliniek is niet in een algemene op de kliniek toegesneden gedragscode vastgelegd. De kliniek wijst in dit verband op algemeen geldende wettelijke regelingen en de professionele gedragscodes van de verschillende beroepsgroepen. Tijdens de inwerkperiode van nieuwe medewerkers komt aan de orde wat in de omgang met tbs-gestelden wel en niet is geoorloofd. Er is binnen de kliniek een vertrouwenspersoon; dat is de personeelsconsulent.

De transparante manier van omgang met elkaar en de open communicatie maken dat integriteitskwesties veelvuldig aan de orde kunnen komen, zowel binnen het team als tijdens intervisie en coaching van medewerkers.

De Ist is er tijdens haar bezoek wel op gewezen dat jonge, onervaren medewerkers er door de zelfverzekerde cultuur binnen de kliniek moeite mee kunnen hebben om hun onzekerheden en angsten in de omgang met tbs-gestelden kenbaar te maken.

#### **Oordeel**

Hoewel integriteitskwesties regelmatig binnen de kliniek worden besproken, acht de Ist het van belang om de grenzen van datgene wat in de omgang met patiënten is geoorloofd ook schriftelijk te borgen. De kliniek wijst in dit verband weliswaar naar algemene wettelijke bepalingen en gedragscodes, maar tbs-gestelden vormen toch een bijzondere doelgroep. In haar wederhoorreactie wijst de kliniek ook nog op het werken op basis van gezond verstand en volgens algemeen aanvaarde gedragsregels in de samenleving (zie bijlage 6). Deze verwijzing gaat er volgens de Ist aan voorbij dat de relaties tussen personeel en tbs-gestelden in verschillende opzichten onvergelijkbaar zijn met die tussen personen in de vrije samenleving. De Inspectie geeft daarom in overweging om in aanvulling op de algemeen geldende professionele gedragscodes vast te leggen welke gedragingen ten opzichte van tbs-gestelden niet wenselijk zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om fysiek contact tussen medewerkers, het verlenen van gunsten, het aannemen van (kleine) geschenken etc. Dat jonge, onervaren medewerkers soms moeite hebben om hun onzekerheid in dit opzicht kenbaar te maken, is een onderwerp dat in hoofdstuk 5 nader aan de orde zal komen.

### **Aanbeveling**

Leg in aanvulling op algemeen geldende professionele gedragscodes vast welke gedragingen van medewerkers en tbs-gestelden vanuit een oogpunt van integriteit onwenselijk zijn.

## **3.5**

### **Conclusie**

De van der Hoeven Kliniek is in verschillende opzichten een veilige inrichting. De korte en open communicatielijnen tussen medewerkers en patiënten zijn hier debet aan, evenals de grote mate van verantwoordelijkheid voor de veiligheid die bij de tbs-gestelden wordt gelegd. Verder is het drugsbestrijdingsbeleid effectief.



Er zijn twee belangrijke punten die extra aandacht van de kliniek behoeven. In de eerste plaats dient het proces om de bedrijfshulpverlening binnen de kliniek op het gewenste peil te brengen, te worden versneld. In de tweede plaats is het van belang om vast te leggen welke grenzen in de omgang met tbs-gestelden in acht genomen moeten worden.



## 4 Maatschappijbeveiliging

### 4.1 Materiële beveiliging tegen ontvluchtingen

#### **criterium**

Het fpc treft alle noodzakelijke maatregelen om ontvluchtingen te voorkomen. Het hanteert daartoe vastgelegde lokale procedures en systemen die zorgdragen voor handhaving van het beveiligingsniveau van het fpc. Deze procedures worden toegepast. De toepassing en werking van procedures en systemen worden stelselmatig gecontroleerd, geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

#### **Bevindingen**

Voor de Van der Hoeven Kliniek, staat relationele beveiliging voorop. De stelling is dat mogelijke veiligheidsrisico's vooral worden gesignaleerd doordat er goede vertrouwensrelatie is tussen tbs-gestelden en kliniekmedewerkers.

De bouwkundige beveiliging is gecompartmenteerd. Dat betekent dat delen van het gebouw waar geen patiënten komen, worden afgesloten. Dat geldt bijvoorbeeld 's-avonds en 's-nachts voor de arbeidszalen.

Bijzonder is dat er geen dubbele beveiligingsring rond het gebouw is, zoals in justitiële inrichtingen te doen gebruikelijk is. De Ist is echter verzekerd dat de muren en ramen zodanig zijn beveiligd en van signalering zijn voorzien dat de vertraging bij eventuele ontvluchttingspogingen dezelfde is als bij een dubbele beveiligingsring.

Om het buitensportveld staat slechts een enkel hekwerk. Patiënten mogen dan ook pas later in de behandeling buiten sporten, als dat met het oog op het veiligheidsrisico verantwoord is.

Voor wat betreft de technische beveiliging is relevant dat er niet alleen binnen de kliniek op riskante plaatsen cameratoezicht is, maar ook aan de buitenkant van de kliniek en bij de transmurale voorziening De Weerd.

Bij de ingang bevindt zich geen detectieapparatuur. Noch tbs-gestelden en bezoekers, noch kliniekmedewerkers worden systematisch gecontroleerd op het invoeren van bijvoorbeeld mobiele telefoons. Tassen en dergelijke worden alleen op indicatie aan controle onderworpen. Desgevraagd geven leiding en medewerkers van de kliniek aan dat detectie niet past binnen de omgangscultuur van de kliniek. Die is gebaseerd op vertrouwen en niet op controle.

Er gelden verschillende veiligheidsprocedures binnen de kliniek. De Van der Hoeven Kliniek heeft de regeling van kritische processen als bezoek, kamerinspectie en aanwezigheidscontrole in het geautomatiseerde ISO-informatiesysteem beschreven. Het is de taak van de algemeen coördinatoren om erop toe te zien dat de veiligheidsvoorschriften worden nageleefd. Daartoe lopen zij regelmatig ronde door het gebouw.

Of de beveiliging van de kliniek op orde is, wordt door de kliniek zelf geëvalueerd. In het kader van de ISO-certificering heeft TNO wel mede beoordeeld of dit adequaat gebeurt. De beveiliging van de kliniek wordt echter niet onderworpen aan een integrale, specialistische externe veiligheidsaudit waarbij behalve naar bouwkundige aspecten ook naar technische en procedurele aspecten wordt gekeken.

### **Oordeel**

Het beleid, de uitvoering en borging van de Van der Hoeven Kliniek op het criterium materiële beveiliging tegen ontvluchting voldoen overwegend.

Een punt van aandacht is het ontbreken van detectie bij binnenkomst van tbs-gestelden, bezoekers en personeel. Voor wat betreft het niet aan detectie onderwerpen van tbs-gestelden, wijkt de kliniek af van datgene wat in andere fpc's te doen gebruikelijk is. De Inspectie is van mening dat de inrichting daarmee eenodeloos risico loopt. Er hoeft geen sprake te zijn van opzet van betrokkenen – het bewust binnensmokkelen van wapens of communicatiemiddelen -, het kan ook gaan om onoplettendheid. Mobiele telefoons mogen niet meegenomen worden in een inrichting (zij moeten bij de ingang in een kluisje worden gelegd), maar als daarop niet gecontroleerd wordt is de kans aanwezig dat iemand vergeet de telefoon uit jaszak of tas te halen.

Het argument van de kliniek dat detectie niet past binnen de omgangscultuur van de kliniek, overtuigt de Inspectie niet. De controle beperkt zich tot de binnenkomst van de kliniek en heeft geen directe impact op de wijze waarop men *binnen* de kliniek met elkaar omgaat. Verder is dergelijke detectie in openbare gelegenheden (bijvoorbeeld bij rechtbanken, op luchthavens en in het uitgaansleven) inmiddels een gangbaar en geaccepteerd verschijnsel. Tenslotte staat het gebrek aan controle op invoer van mobiele communicatieapparatuur op gespannen voet met het strikte controlebeleid van de kliniek op telefoongesprekken van patiënten.

De kliniek bestrijdt de opvatting van de ISt (zie bijlage 6) en wijst erop dat de effectiviteit van detectie niet is aangetoond. De ISt ziet detectie ook niet als enige instrument om te voorkomen dat bv. GSM's de inrichting binnenkomen, maar wel als een belangrijk additioneel middel.

### **Aanbeveling**

Voer detectie op de tbs-gestelden en hun bezoekers in (inclusief de door hen meegebrachte goederen) en doe dat ook bij het personeel van de kliniek.

## **4.2**

### **Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij**

#### **Criterium**

Het fpc hanteert vastgelegde procedures voor het aanvragen van verlofmachtigingen, voor de interne beoordeling van die aanvragen (inclusief risicotaxatie en risicomangement) en voor het opstellen van het verlofplan en de uitvoering daarvan. In die procedures zijn de advies- en beslissingsbevoegdheden vastgelegd, inclusief de wijze waarop de interne multidisciplinaire voorbereiding en toetsing van de besluitvorming plaatsvindt. De beveiliging tijdens verlofmomenten voldoet aan de daaraan gestelde eisen. Het hier beschreven verlofbeleid wordt aantoonbaar gecontroleerd, geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

#### **Bevindingen**

Hieronder wordt achtereenvolgens ingegaan op de wijze waarop een verlofmachtiging wordt aangevraagd en hoe vervolgens de uitvoering van het verlof is geregeld. Daarna komen het transmurale verlof en het proefverlof aan de orde.

#### *Verlofmachtiging*

De kliniek heeft alle procedures rond het aanvragen, uitvoeren en begeleiden van verloven beschreven en vastgelegd in het ISO-informatiesysteem. De procedures zijn helder beschreven en zijn voor alle medewerkers digitaal toegankelijk. Voordat verlof aan de orde is, vindt continue beoordeling plaats van het gedrag dat de patiënt intern laat zien. Pas wanneer alle partijen consensus hebben over de vraag of (begeleid) verlof verantwoord is, kan daartoe worden overgegaan. De verlofprocedure binnen de van der Hoevenkliniek kent de volgende stappen:

- 1 Het initiatief om verlof aan te vragen ligt in de eerste plaats bij de patiënt zelf. Tijdens de behandelbeoordelingen met de patiënt wordt de mogelijkheid van verlof als onderdeel van de behandeling besproken. De patiënt schrijft een gemotiveerd verzoek voor verlof. Dit verzoek wordt binnen de leefgroep (medepatiënten, groepsleiding en hoofd behandeling) besproken en daaruit volgt een (schriftelijk) advies van medepatiënten en groepsleiding.
- 2 Het verzoek van de patiënt wordt vervolgens samen met het advies van de leefgroep voorgelegd aan de kliniekrad. De kliniekrad geeft eveneens een advies.
- 3 De afdeling Diagnostiek verricht een risicotaxatie. De risicotaxatie vindt plaats volgens de empirisch onderbouwde Consensusmethode van De Vogel<sup>16</sup>. Dit houdt in dat de bij de verlofaanvraag voorgeschreven risicotaxatie-instrumenten door drie functionarissen van verschillende disciplines onafhankelijk van elkaar worden ingevuld. Dit zijn een groepsleider van de leefgroep, het hoofd behandeling en een diagnosticus. De groepsleiding is getraind om deze instrumenten te kunnen scoren. Na invulling komen deze drie functionarissen bij elkaar voor een consensusbespreking waarin de uitslagen tot een eensluidend oordeel worden verwerkt. Bij ontbreken van overeenstemming wordt de aanvraag niet doorgezet.
- 4 In de multidisciplinaire stafvergadering waarbij alle disciplines aanwezig zijn, vindt de besluitvorming plaats op basis van voorgaande informatie. Het behandelingsteam licht het voorstel toe en de stafleden uit alle geledingen van de kliniek becommentariëren het. Ook hier gaat een verlofaanvraag alleen door als er sprake is van consensus. De bespreking in de stafvergadering is vergelijkbaar met de functie van een interne verloftoetsingscommissie.
- 5 Als de stafvergadering besluit dat verlofverlening verantwoord is, volgt de verdere administratieve voorbereiding. De afdeling Informatie en Communicatie draagt zorg voor de verwoording van de verlofaanvraag binnen het landelijk vastgestelde verlofformat<sup>17</sup> waarbij in het bijzonder aandacht is voor het verwoorden in begrijpelijk Nederlands. De aanvraag omschrijft de verlofvorm en geeft weer hoe risicofactoren zijn afgewogen en welk risicomanagementplan wordt ingezet.
- 6 Tot slot gaat de aanvraag naar het Hoofd Behandeling en de Directeur Behandeling die het geheel nog eens inhoudelijk bekijken en beiden ondertekenen waarna de aanvraag wordt verstuurd.
- 7 Voor bijzondere gevallen is nog een laatste toets ingebouwd bij de algemeen directeur en de jurist.<sup>18</sup>

#### *Verlofuitvoering*

Als de verlofmachtiging door het ministerie is verstrekt, vindt de uitvoering van de verloven in de praktijk als volgt plaats. De patiënt vraagt concrete verlofmomenten aan. Deze aanvraag moet passen binnen de behandeling en binnen de machtiging. De verlofmomenten worden vastgelegd in een weekplan<sup>19</sup> dat door patiënten en

<sup>16</sup> De Vogel, *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice*, 2005.

<sup>17</sup> Toetsingskader verlof ter beschikking gestelden, 2007

<sup>18</sup> Dit geldt voor bijvoorbeeld de werkwijze bij ontkennde tbs-gestelden, anderszins verpleegden (zoals levenslanggestraften) die op last van de minister van Justitie in de kliniek zijn geplaatst, patiënten voor wie verlofmachtiging in beginsel niet wordt gegeven (zoals bij het ontbreken van een geldige verblijfsstatus) of bijzonder mediagevoelige patiënten.

<sup>19</sup> In het weekplan worden alle geplande (verlof)bewegingen van patiënten uit één leefgroep opgenomen. Na accordering door de algemeen coördinator is het weekplan vastgesteld. Afwijkingen van het weekplan kunnen enkel plaatsvinden na goedkeuring door de algemeen coördinator.

groepsleiding gezamenlijk is opgesteld. De verlofmomenten worden door de groepsleiding ingevoerd in het elektronische dossier en gefiatteerd door de algemeen coördinator die nogmaals een check uitvoert op de rechtmatigheid van het gevraagde verlof. De portier heeft inzage in dat deel van het dossier en kan –als een tbs-gestelde de kliniek verlaat- zien of de verlofbeweging geaccordeerd is.

De kliniek volgt het landelijke beleid dat ieder begeleid verlof begint met een beveiligde fase, met als algemeen doel maatschappij-oriëntatie. Tijdens het beveiligde begeleid verlof kan de patiënt arbeidsplekken of een transmurale woonvorm buiten de beveiligde zone van de kliniek bezoeken. Het beveiligd begeleid verlof wordt uitgevoerd door twee groepsleiders, waarvan één als beveiligger optreedt. Personeelsleden zijn hiervoor intern opgeleid en weten dat zij verplicht zijn, zonodig met verantwoorde toepassing van geweld een onttrekking te voorkomen. Hiervoor is ook een instructie.

Voorafgaand aan het verlof vergewissen groepsleiders zich ervan over alle noodzakelijke informatie te beschikken met betrekking het huidige functioneren van de patiënt. Hierbij worden niet in de laatste plaats signalen van medepatiënten betrokken. Als er punten zijn die twijfel doen rijzen over een verantwoord en veilig verloop van het verlof dan bespreekt de groepsleider dit met de algemeen coördinator. Deze beslist dan of het verlof op dat moment verantwoord en veilig is. Kort voor het verlof neemt een groepsleider samen met de patiënt het verlofplan door en besteedt aandacht aan een veilig verloop hiervan. Hierbij komt een aantal onderwerpen standaard aan de orde, zoals het doel van het verlof, de bestemming, het vervoermiddel, de mee te nemen financiën, de tijdsduur en eventuele bijzondere afspraken.

De kliniek hanteert geen vaste checklist met aandachtspunten die bij iedere verlofbeweging wordt doorlopen, mede omdat dit ertoe kan leiden dat niet meer wordt gelet op risicosignalen die niet in zo'n checklist zijn opgenomen. Na afloop wordt het verlof doorgesproken. Hiervan wordt een verslag opgenomen in het dossier. Deze verslagen dragen bij aan de behandelplanevaluaties.

De termijnen voor de verlofevaluaties en verlengingen verlofmachtiging worden in eerste instantie bewaakt op de leefgroep. In 2008 is een verlofevaluatie vijf maal te laat ingediend. Dit heeft echter geen consequenties gehad voor de betreffende verloven.

In 2007 zijn er in geheel geen onttrekkingen geweest aan verlof. In dat jaar vonden in totaal 7850 begeleide en onbegeleide verlofbewegingen plaats.

In 2008 zijn er in totaal zes onttrekkingen geweest aan verlof; eenmaal tijdens begeleid verlof; vier maal tijdens onbegeleid verlof en eenmaal tijdens transmuraal verlof. Er hebben zich daarbij geen onregelmatigheden of strafbare feiten voorgedaan en alle betrokken patiënten zijn inmiddels teruggekeerd naar de kliniek. De evaluaties van deze incidenten laten zien dat er achteraf gezien vaak sprake was van behoorlijke hoeveelheden eigen geld op de buitenrekeningen van de betreffende patiënten. Sindsdien let de kliniek hier scherper op. In een enkel geval kwam achteraf vast te staan dat de betreffende tbs-gestelde tevoren afscheid had genomen van medepatiënten.

#### *Transmuraal verlof*

De Van der Hoeven Kliniek kiest er in het algemeen voor om voorafgaande aan de voorwaardelijke beëindiging van de tbs geen proefverlof toe te passen maar gebruik te maken van de mogelijkheden van transmuraal verlof. De kliniek geeft de voorkeur aan deze vorm omdat zij de verantwoordelijkheidsverdeling tussen reclassering en kliniek bij proefverlof niet duidelijk vindt. In geval van transmuraal

verlof berust die verantwoordelijkheid eenduidig bij de kliniek en niet gemeenschappelijk bij de kliniek en de reclassering.

De kliniek heeft een gedifferentieerd stelsel van transmurale zorgketens en werkt daarbij samen met verschillende zorgpartners.

Veel psychiatrische klinieken opteren voor een reïntegratieproces waarbij gestart wordt met werken en/of deelname aan activiteiten buiten de kliniek terwijl de patiënt nog in de kliniek woont. De Van der Hoevenkliniek kiest daarentegen bewust voor een reïntegratieproces waarbij gestart wordt met wonen onder begeleiding buiten de kliniek. De behandeling wordt in de eerste fase nog volledig binnen de kliniek voortgezet en ook de dagelijkse zorg en controle binnen de woonsituatie valt onder de verantwoordelijkheid van de kliniek. De begeleiding in de woonsituatie wordt uitgevoerd door medewerkers die dagelijks de stafbespreking bijwonen in de kliniek en daardoor de patiënt ook kennen vanaf het moment van instroom in de kliniek.

De transmurale fase duurt in het algemeen enkele jaren waarin een geleidelijke overgang bewerkstelligd wordt naar de vrije maatschappij.

De Van der Hoevenkliniek onderscheidt vier transmurale zorgketens waarbij met verschillende ketenpartners wordt samengewerkt:

- een zorgketen voor patiënten met primaire persoonlijkheidspathologie gericht op beëindiging van de TBS, zo nodig onder voorwaarden. In de laatste fase wordt met de reclassering samengewerkt en vindt in de praktijk een graduele overdracht plaats, mét behoud van een strikte verantwoordelijkheidsverdeling. Tijdens de voorwaardelijke beëindiging wordt het toezicht uitgeoefend door de reclassering en ligt de verantwoordelijkheid ook geheel bij haar.
- een zorgketen voor patiënten met een psychosegevoeligheid of ernstige psychiatrische kwetsbaarheid. Hierbij wordt samengewerkt met beschermende woonvoorzieningen. Het doel is een geleidelijke overgang naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg (eventueel via de rechterlijke macht) te bewerkstelligen.
- een zorgketen voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen bij wie een hooggestructureerde context noodzakelijk blijft. Voor deze groep is er op het terrein van een reguliere GGZ-voorziening een speciale forensische voorziening gerealiseerd.
- een zorgketen voor patiënten met primaire persoonlijkheidsstoornis bij wie de prognose is dat er langdurig zorg, behandeling en intensief toezicht nodig is. Voor deze groep patiënten heeft de kliniek in eigen beheer een woonvoorziening (De Weerd) ontwikkeld.

#### *Proefverlof*

Zoals hiervoor al is aangegeven ziet de Van der Hoeven Kliniek doorgaans af van de mogelijkheid om proefverlof te verlenen. De kliniek doet dat alleen als een patiënt zich ver buiten Utrecht wil vestigen. In dat geval is het voor de kliniek niet mogelijk om de transmurale begeleiding te continueren. Ten tijde van het inspectieonderzoek waren er slechts twee tbs-gestelden met proefverlof.

Als de kliniek het voornemen heeft een proefverlof aan te vragen wordt de contactfunctionaris van de reclassering verzocht de voorbereiding te starten voor een proefverlofplan. Deze contactfunctionaris krijgt dan alle medewerking van de kliniek om zijn werk te doen. Dat is ook het geval bij de voorbereiding van de voorwaardelijke beëindiging van de TBS. Hij krijgt toegang tot de patiënt en neemt deel aan de behandelplaneluvaluaties. De afspraken tussen het fpc en de reclassering liggen vast in een convenant.

De ISt heeft over het beleid van de kliniek met betrekking tot het toekennen van proefverlof gesproken met de contactfunctionaris van de stichting Reclassering Nederland en haar leidinggevende. De reclassering betreurt het dat de Van der

Hoeven Kliniek systematisch afziet van proefverlof en in plaats daarvan kiest voor een voortgezet transmuraal verlof onder begeleiding van eigen medewerkers.

In het verlengde van de afwijzing van het samenwerkingsverband met de reclassering in het kader van proefverlof, neemt de kliniek ook niet deel aan de testfase van het nieuwe model voor Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Als uitvloeisel van de zogenoemde Commissie-Visser wordt dit model de komende periode in alle andere fpc's beproefd.

### **Oordeel**

De Van der Hoevenkliniek komt op een eigen, maar zorgvuldige wijze tot een verlofaanvraag. Alle stappen zijn helder vastgelegd, besluitvorming vindt plaats op basis van consensus in een groter verband dan alleen het directe behandelteam. Op twee uitzonderingen na voldoen het beleid aangaande het aanvragen van verloven, de praktijk van de verlofuitvoering en de borging van deze processen.

De besluitvorming voorafgaand aan het daadwerkelijke verlof is gebaseerd op kennis en ervaring van de groepsleiding. Er wordt echter geen gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde checklist met mogelijke risicosignalen. De ISt begrijpt het standpunt van de kliniek dat het hanteren van zo'n checklist het gevaar heeft dat medewerkers veiligheidsrisico's alleen nog op de 'automatische piloot' inschatten. Een checklist mag dan ook nimmer het enige instrument zijn om zulke risico's te beoordelen. Omgekeerd kan het ontbreken van een checklist ertoe leiden dat groepsleiders die al lang met dezelfde patiënt te maken hebben of nog relatief onervaren medewerkers, zaken over het hoofd zien. Bovendien biedt een checklist de mogelijkheid om te borgen dat voorafgaande aan elk verlof de risico's ervan zijn meegewogen.

De kliniek verleent in beginsel geen proefverlof. Zij is van mening dat tijdens een proefverlof de verantwoordelijkheid tussen kliniek en reclassering wordt gedeeld en niet eenduidig is belegd. Alleen in geografische uitzonderingsgevallen wordt proefverlof verleend.

De wetgeving kent weliswaar geen voorschrift waarin expliciet wordt bepaald dat in alle gevallen proefverlof per se vooraf dient te gaan aan een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging, maar er zijn wel redenen om deze praktijk kritisch te bezien.

Bij de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging gaan begeleiding van en toezicht op de tbs-gestelde volledig over naar de reclassering. Het proefverlof voorziet in een overgang waarbij de expertise van de reclassering gefaseerd wordt ingezet. Door af te zien van het proefverlof wordt de reclassering in deze laatste verloffase buiten spel gezet. In de wederhoorreactie bestrijdt de kliniek deze opvatting (zie bijlage 6). De reclassering distantieert zich van de wederhoorreactie van de kliniek en stelt nadrukkelijk dat zij de opstelling van de kliniek om geen proefverlof te verlenen afwijst en dat zij daarmee wel degelijk buiten spel wordt gezet.

Ook de tbs-gestelde wordt erdoor benadeeld in zijn rechtspositie. Het proefverlof is namelijk bedoeld als sluitstuk van de overige vormen van verlof voorafgaand aan de definitieve terugkeer in de samenleving. Tijdens het proefverlof staat de patiënt losser van de kliniek dan tijdens het transmuraal verlof. Tenslotte wordt het een tbs-gestelde onmogelijk gemaakt om gebruik te maken van artikel 38h Sr.<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Dit artikel bepaalt dat een tbs-gestelde na 12 maanden proefverlof zonder dat in deze periode de TBS is verlengd, kan verzoeken om de TBS voorwaardelijk te beëindigen.



Het is denkbaar dat in individuele gevallen wordt gekozen voor transmuraal verlof (in plaats van proefverlof) indien de reden hiervoor is gelegen in de behandeling van de tbs-gestelde. Dat de kliniek behalve in uitzonderingsgevallen stelselmatig afziet van proefverlof staat op gespannen voet met de bedoeling van de wet- en regelgeving.<sup>21</sup> Dit wordt nog eens geïllustreerd in het “plan van aanpak implementatie forensisch psychiatrisch toezicht” (maart 2008). Dit plan is opgesteld naar aanleiding van de aanbevelingen van de parlementaire commissie Visser. In de bij het plan van aanpak gevoegde procesbeschrijving wordt het volgende aangegeven: “Binnen het forensisch psychiatrisch toezicht geldt het uitgangspunt dat een tbs-gestelde elke fase van de tbs-maatregel doorloopt. De tbs-gestelde zal na transmuraal verlof via het proefverlof in de voorwaardelijke beëindiging van de tbs terecht moeten komen.....Op deze wijze worden bovendien abrupte overgangen vermeden en kunnen tijdig allerlei voorzieningen worden getroffen” (blz. 9) De Van der Hoeven Kliniek conformeert zich niet aan dit landelijk vastgestelde beleidsuitgangspunt.

#### **Aanbevelingen**

- Voer inrichtingsbreed uniform een uitgewerkte checklist verlof in die specifieke aandachtspunten verwoordt om in te schatten of de tbs-gestelde al of niet met verlof kan en om na afloop van het verlof doelgericht de risico's van het verlof te kunnen evalueren.
- Heroverweeg het beleid om behalve in geografische uitzonderingsgevallen af te zien van het verlenen van proefverlof.

### **4.3**

#### **Conclusie**

De materiële beveiliging van de Van der Hoevenkliniek en de verlofpraktijk zijn op de meeste door de Inspectie getoetste criteria naar behoren geregeld.

Wel vindt de Ist dat bij de toegang tot de kliniek detectie van tbs-gestelden, bezoekers en medewerkers nodig is.

Kritisch is de Ist over de afwijzende houding van de kliniek tegen het verlenen van proefverlof. De kliniek wordt dan ook gevraagd dit beleid te heroverwegen.

Tenslotte is het van belang om een checklist in te voeren met mogelijke risicosignalen bij het bepalen of een tbs-gestelde daadwerkelijk met verlof kan.

<sup>21</sup> De Ist heeft voor het trekken van deze conclusie specifiek juridisch advies ingewonnen bij de directie Wetgeving van het Ministerie van Justitie en bij de afdeling Juridische Zaken van de DJI.



## 5 Organisatieaspecten

### 5.1 Personeelsmanagement

#### criterium

Het fpc draagt zorg voor de bezetting van vitale functies, het op peil houden van het opleidingsniveau, het bewaken van het ziekteverzuim en de mobiliteit. Het fpc besteedt actief aandacht aan de (functie-)ontwikkeling van medewerkers inclusief de management-/ leiderschapsontwikkeling van leidinggevenden en personele mobiliteit. De ontwikkeling krijgt vorm in jaarlijkse functioneringsgesprekken tussen medewerkers en leidinggevenden. Het personeelsmanagement wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

#### Bevindingen

De personeelsbezetting laat geen structurele tekorten zien ten opzichte van de formatie. Wel was ten tijde van het inspectiebezoek de werving voor extra medewerkers ten behoeve van de nieuwbouw nog gaande.

Het arbeidsverzuim over 2008 was 3,4%; dat is substantieel lager dan het normmaximum van 8,5% dat in de p&c-cyclus van ForZo(DJI) gebruikt wordt.

Het opleidingsniveau van de groepsleiders varieert van WO psychologie tot een MBO-opleiding. Bij de werving van nieuwe medewerkers wordt niet als harde eis gesteld dat iemand precies het vereiste (HBO-)opleidingsniveau heeft. Door middel van aanvullende scholing wordt dat naderhand bijgespijkerd. Bij aantreden is vooral belangrijk dat nieuwe medewerkers zich kunnen vinden in de aan de principes van de therapeutische gemeenschap ontleende behandelfilosofie. Voor medewerkers zijn die behandeluitgangspunten een belangrijke overweging om juist voor een betrekking in de Van der Hoeven Kliniek te kiezen. Men is erg enthousiast over het werken in de kliniek.

De kliniek investeert in opleiding en coaching van medewerkers. Zo is er voor alle binnenkomende medewerkers een op maat gesneden deskundigheidsbevorderingstraject. In het inwerkprogramma is voorzien in een gehele inwerkweek en een intensief introductieprogramma van drie jaar. Gedurende het inwerkprogramma worden cursussen gevolgd en vindt ook werkbegeleiding plaats. In het eerste jaar zijn er na respectievelijk 2, 5 en 10 maanden tussentijdse evaluaties.

Ook voor medewerkers die al langer in dienst zijn, faciliteert de kliniek opleidingen. Die opleidingen zijn niet alleen gericht op kwaliteitsbevordering, maar kunnen ook leiden tot doorstroom naar andere functies binnen de Van der Hoeven Stichting. Zo wordt groepsleiders de mogelijkheid geboden van een opleidingsplaats tot GZ-psycholoog.

Jaarlijks worden met de groepsleiders functioneringsgesprekken gehouden door een personeelsfunctionaris. Die laat zich daartoe onder meer door het aan het betreffende team verbonden hoofd behandeling informeren.

Voor de groepsleiding vindt binnen de teams (onder leiding van een teamlid) intervisie plaats.

Van bijzonder belang is dat groepsleiders regelmatig rouleren tussen de teams. Dat is één van de manieren waarop de kliniek tussen de teams consistentie in bejegening en beveiliging wil realiseren.

Wel is de kliniek de opvatting toegedaan dat de professionele tevredenheid alle aandacht verdient en wil zij haar personeelsbeleid in lijn hiermee verder ontwikkelen. De ISt heeft vastgesteld dat de kliniek (nog) geen onderzoek doet naar de arbeidstevredenheid van haar medewerkers, omdat zij meent dat het bevorderen van die tevredenheid als zodanig niet tot haar primaire doelstellingen behoort.

### **Oordeel**

Op het criterium personeelsmanagement voldoen het beleid en de uitvoering. Er zijn geen structurele personeelstekorten en er wordt geïnvesteerd in de begeleiding en deskundigheidsbevordering van het personeel. De geïnterviewde medewerkers zijn erg enthousiast over het werken in de kliniek. Het lage ziekteverzuim zal mede hieraan te danken zijn.

De borging verdient verbetering. Hoewel arbeidstevredenheid als zodanig geen primaire doelstelling van een fpc is, is het van belang periodiek te evalueren of de medewerkers naar hun mening bijvoorbeeld voldoende coaching en ondersteuning krijgen of voldoende gelegenheid hebben om hun deskundigheid te bevorderen. Dergelijke aspecten van het personeelsbeleid dragen bij aan de kwaliteit van de primaire processen binnen de kliniek. Onderzoek hiernaar kan bijdragen aan de ook door de kliniek beoogde professionele ontplooiing van haar medewerkers.

### **Aanbeveling**

Evalueer periodiek aspecten van het personeelsbeleid die relevant zijn voor de kwaliteit van de behandeling en de beveiliging.

## **5.2**

### **Communicatie**

#### **Criterium**

Het fpc draagt zorg voor een optimale horizontale en verticale communicatie binnen de inrichting. De communicatie binnen teams en tussen verschillende disciplines is een vereiste om de uitvoering van de primaire processen goed op elkaar af te stemmen. Informatie over de behandeling, functioneren op de afdeling, de uitvoering van verloven en andere veiligheids- en/of welzijnsrisico's van tbs-gestelden wordt gedeeld. De communicatie (-structuur) wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

#### **Bevindingen**

In de communicatiestructuur staat de kliniekbrede *stafvergadering* centraal. Deze vindt dagelijks tweemaal plaats: eenmaal 's-morgens en eenmaal 's-avonds in kleiner verband, als afsluiting van de dag en bij wijze van overdracht aan de nachtwacht. Alle dan aanwezige medewerkers, inclusief de directie nemen daaraan deel. Dat kunnen er zo'n vijftig tot zestig zijn. De vergadering wordt voorgezeten door een algemeen coördinator. De ochtendbespreking gebeurt aan de hand van een schriftelijk ochtendbulletin waarin bijzonderheden vermeld staan, inclusief bijzondere aandachtspunten met betrekking tot individuele patiënten. Dat ochtendbulletin wordt door de gehele inrichting verspreid. Behalve bijzondere aandachtspunten komen in het stafoverleg ook meer algemene beleidskwesties aan de orde. Doordat in beginsel alle aanwezige medewerkers deelnemen aan het stafoverleg, zijn zij ook allen op de hoogte van belangrijke bijzonderheden van patiënten. Bij de overdracht van tbs-gestelden van de ene naar de andere afdeling is dat een belangrijk voordeel. Ook is de stafvergadering volgens de geïnterviewden een belangrijk instrument om binnen de kliniek consistentie in de bejegening en de beveiliging te bewerkstelligen.

Sommige gesprekspartners van de Ist wezen echter ook op enkele risico's van de opzet van het stafoverleg.

In de eerste plaats is er een maximum aan het wenselijke aantal deelnemers. Daarboven verliest het overleg zijn effectiviteit. De volgens sommigen aanwezige praatcultuur binnen de kliniek wordt dan nog sterker. Om deze reden heeft de kliniek ervoor gekozen om een apart stafoverleg in te stellen voor de oudbouw en voor de nieuwbouw.

In de tweede plaats bestaat het risico dat vanwege de overvolle agenda en het grote aantal deelnemers zaken buiten het overleg worden geregeld, zodat niet alle deskundigen zich daarover kunnen uitspreken.

Een derde risico is dat nieuwe en jonge medewerkers zich niet altijd even assertief durven te uiten. Daardoor kunnen belangrijke signalen onderbelicht blijven.

Een ander dagelijks overleg is de *kliniekraad*. Dit overleg vindt tussen de middag plaats. Aan de bespreking nemen behalve groepsleiders en een algemeen coördinator, tbs-gestelden van de verschillende afdelingen deel. Eén van laatstgenoemden zit het overleg voor. Tijdens het overleg wordt het verslag besproken van de stafvergadering die dezelfde morgen is gehouden en worden adviezen gegeven (verlof/separeren) met betrekking tot individuele tbs-gestelden besproken. Zoals eerder is aangegeven, is de sterke betrokkenheid van patiënten bij de behandeling en de beveiliging in de kliniek kenmerkend voor de aanpak van de Van der Hoeven Kliniek.

Alle partijen waarmee de Inspectie heeft gesproken zijn zeer tevreden met de korte horizontale en verticale communicatielijnen binnen de kliniek.

### **Oordeel**

Op het criterium communicatie voldoen beleid, uitvoering en borging van de Van der Hoeven Kliniek. De bijzondere dagelijkse overlegvormen (stafvergadering en kliniekraad) zijn effectief.

Er zijn wel risico's verbonden aan het zo breed opgezette stafoverleg. Soms worden zaken buiten de vergadering om geregeld en de inbreng van vooral nieuwe, jonge medewerkers komt niet altijd goed uit de verf.

### **Aanbeveling**

Evalueer regelmatig het functioneren van het stafoverleg met het oog op de juiste en volledige inbreng van de deelnemers.

## **5.3**

### **Conclusie**

De manier waarop de communicatie binnen de kliniek is georganiseerd en de sterke inzet op deskundigheidsbevordering van de medewerkers, zijn sterke punten. De medewerkers zijn in het algemeen zeer gemotiveerd om in de kliniek te werken en zijn enthousiast over de korte en open communicatielijnen. Wel is het van belang om aspecten van het personeelsbeleid die relevant zijn voor de kwaliteit van de behandeling en de beveiliging periodiek door middel van onderzoek te evalueren.



## 6 Slotbeschouwing

De manier waarop tbs-gestelden in de Van der Hoeven Kliniek worden bejegend, verschilt met andere fpc's. De tbs-gestelden hebben een grotere mate van autonomie en eigen verantwoordelijkheid dan elders te doen gebruikelijk is. Elementen van de behandelfilosofie van de therapeutische gemeenschap zijn duidelijk aanwezig.

De tbs-gestelden voelen zich serieus genomen en zijn in overgrote meerderheid te spreken over de aanpak. Het feit dat in 2008 slechts twintig klachten zijn ingediend bij de beklagcommissie en dat al deze klachten door middel van bemiddeling konden worden opgelost, is in dat opzicht veelzeggend.

De korte en open communicatielijnen tussen tbs-gestelden en inrichtingsmedewerkers dragen er ook aan bij dat de kliniek in verschillende opzichten een veilige inrichting is.

Dat de tbs-gestelden zo'n grote medeverantwoordelijkheid hebben, heeft echter ook een keerzijde. Zo is het beleid dat patiënten zonedig fysiek helpen bij het separeren van medepatiënten in strijd met de voor het tbs-veld geldende wettelijke geweldsinstructie, die bepaalt dat toepassen van fysieke dwang "van meer dan geringe betekenis" is voorbehouden aan inrichtingsmedewerkers.

Verder gaat het onderling vertrouwen en het voorkomen van een "wij-zij cultuur" zover dat tbs-gestelden na een verblijf buiten de inrichting evenals hun bezoekers niet standaard aan detectie worden onderworpen. Dit brengt onnodige veiligheidsrisico's met zich mee.

De uitgesproken behandel- en bejegeningsfilosofie van de Van der Hoeven Kliniek is een sterk bindende factor voor de medewerkers. Ook de directie is sterk overtuigd van de juistheid van deze aanpak en draagt dat ook uit. De uitvoerige wederhoorreactie op het inspectierapport getuigt daarvan. Dit sterke geloof in de eigen aanpak heeft onder meer als consequentie dat de kliniek zich niet conformeert aan het landelijk beleid met betrekking tot het verlenen van proefverlof. De Ist beveelt de kliniek aan om dit beleid te heroverwegen.





## Bijlage 1 Aanbevelingen

De ISt beveelt de Van der Hoeven Kliniek het volgende aan:

1. Beperk de inzet van medepatiënten bij het separeren tot aanwezigheid en verbale assistentie, maar sluit fysieke assistentie uit.
2. Maak het bezoekbeleid volledig door patiënten en bezoekers zowel schriftelijk als mondeling te wijzen op de noodzaak om kinderen binnen de kliniek steeds te begeleiden.
3. Tref een voorziening waardoor tbs-gestelden die overdag op hun kamer zijn afgezonderd in noodgevallen een beroep kunnen doen op inrichtingsmedewerkers.
4. Breng versnelling aan in het proces om de bedrijfshulpverlening binnen de kliniek op het gewenste peil te brengen.
5. Verbeter de veiligheid in de onderhuising, bijvoorbeeld door daar cameratoezicht te realiseren.
6. Leg schriftelijk voor de medewerkers vast welke grenzen op essentiële onderdelen in de omgang met tbs-gestelden in acht genomen moeten worden.
7. Voer detectie op de tbs-gestelden, bezoekers en eigen medewerkers en de door hen meegebrachte goederen in.
8. Voer inrichtingsbreed uniform een uitgewerkte checklist verlof in die specifieke aandachtspunten verwoordt om in te schatten of de tbs-gestelde al of niet met verlof kan en om na afloop van het verlof doelgericht de risico's van het verlof te kunnen evalueren.
9. Heroverweeg het beleid om behalve in geografische uitzonderingsgevallen af te zien van het verlenen van proefverlof.
10. Evalueer periodiek aspecten van het personeelsbeleid die relevant zijn voor de kwaliteit van de behandeling en de beveiliging.
11. Evalueer regelmatig het functioneren van het stafoverleg met het oog op de juiste en volledige inbreng van de deelnemers.



## Bijlage 2 Afkortingen

BHV	Bedrijfshulpverlening
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EZIS	Elektronisch Zorginformatiesysteem
ForZo	Forensische Zorg
fpc	forensisch psychiatrisch centrum
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
RI&E	Risico-inventarisatie en –evaluatie
tbs	terbeschikkingstelling
uc	urinecontrole
WAB	Woensdagavondbespreking



### Bijlage 3 Bronnen

- Plattegrond van het FPC
- Organogram organisatie
- Regelingen Rechtspositie Patiënten Van der Hoeven Kliniek (2007)
- Informatiebrochure *Wegwijs in de Van der Hoeven Kliniek* (2005)
- Rapport Van der Hoeven Kliniek *Forensische Zorgketens: proportioneel en subsidiair* (2008)
- Rapport Van der Hoeven Kliniek *Transmurale behandeling in de Van der Hoeven Kliniek* (2006)
- *Organising Forensic Psychiatry; Clinical practice at the Van der Hoeven Kliniek*(2007)
  
- Jaarverslag 2005
- Jaarverslag 2006
- Jaarverslag *Kwaliteit en Veiligheid* 2007
- Jaarplan 2008
- Viermaandsrapportages 2008
  
- Werk- en dienstinstructies + protocollen
- Meldingen Bijzonder Voorval 2008
- Registratie beklagzaken 2008
- Enkele patientendossiers
- Verslagen van teamoverleggen en kliniekbrede overleggen
  
- Overzicht van afdelingen, soorten, capaciteit en patiëntenbezetting per 1-2-09
- Overzicht personeelsformatie en -bezetting per 1-2-09
- Overzicht arbeidsverzuim en personeelsmobiliteit in 2008
- Overzicht aantal en duur separaties 2008
- Overzicht uc's en alcoholcontroles 2008
  
- Auditrapport TNO Certification B.V. (2008)
- RI&E 2003
- BHV-scan DJI 2007
- Patiënttevredenheidsonderzoek 2007



## Bijlage 4 Inspectieprogramma

### **Dinsdag 13 januari**

- 8.30 – 9.00 Aankomst, korte kennismaking met directie
- 9.00 – 10.00 Bijwonen stafvergadering
- 10.00 – 12.15 Rondleiding door kliniek
- 12.30 – 14.00 Interview en lunch met kliniekraad
- 14.15 – 15.45 Interview directie en Raad van Bestuur
- 16.15 – 18.00 Bezoek transmurale voorziening

### **Donderdag 15 januari**

- 9.30 – 10.45 Interview groepsleiding leefgroepen voor persoonlijkheidsstoornis
- 9.30 – 10.45 Parallel: interview beveiliging
- 10.45 – 12.00 Interview groepsleiding leefgroepen voor psychotische stoornis
- 10.45 – 12.00 Interview voorzitter interne verloftoetsingscommissie
  
- 13.00 – 15.00 Interview met hoofden behandeling
- 13.00 – 14.00 Parallel: interview verantwoordelijken rapportage
- 14.00 – 15.00 Interview medewerkers en coördinatoren dagbesteding
- 15.00 - 16.00 Interview gesepareerde tbs-gestelden

### **Dinsdag 20 januari**

- 9.30 – 12.00 Bestuderen documentatie etc.
- 9.30 – 10.30 ISO presentatie en Risicotaxatie
- 10.30 – 11.00 Interview met delegatie Raad van Toezicht
  
- 13.30 – 14.30 Voorbereiding terugkoppeling naar management
- 14.30 – 16.00 Terugkoppeling inspectiebezoek

### **Vrijdag 23 januari**

- 13.30 – 14.30 Interview Commissie van Toezicht





## Bijlage 5 Geografische ligging



## Bijlage 6 Wederhoor Van der Hoeven Kliniek

### **Ad paragraaf 2.2. Controle en geweldgebruik**

#### *“Geweld als onjuiste term*

Wat betreft de verwijzing naar artikel 30 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden: de term 'geweld' is feitelijk niet passend in de werkwijze die wij hanteren bij separaties: geweld wordt juist gestopt en zeker niet toegepast.

De grens tussen fysieke assistentie en 'geweld' zoals bedoeld in de Geweldsinstructie van DJI is proportioneel: nimmer wordt geweld toegepast, het betreft een medeverantwoordelijkheid van alle aanwezigen in een risicovolle situatie voor een veilige sfeer, waarbij niet verder wordt gegaan dan het vasthouden van mensen, om geweld te voorkomen of te stoppen. Dit is feitelijk onderdeel van een breder behandelconcept, waarin de dagelijkse besprekingen van de toestand van patiënten, alsook de nauwe betrokkenheid van de kliniekraad bij de inzet en evaluatie van alle separaties, de kans op excessief geweld minimaliseert. De thans vijftig jaar lange ervaring wijst dit ook uit: er is sprake van een veilige, verantwoorde en transparante werkwijze.

Als toelichting hierbij wijzen wij op het grotere aantal geweldplegingen (aangemerkt als strafbare feiten) door personeelsleden in Justitiële regimes dan in onze kliniek. Ook de afwezigheid van veroordelingen in deze, in de geschiedenis van onze kliniek, is belangrijk in dit verband. Wij merken dit op gelet op uw woordkeuze in het conceptrapport (..kan zich zelfs schuldig maken aan een strafbaar feit als mishandeling of wederrechtelijke vrijheidsberoving..). Uw woordkeuze komt niet objectief over. Bij een dergelijke formulering is enige relativisering op zijn plaats. Er liggen in ieder geval geen geconstateerde strafbare feiten in onze kliniek aan uw opmerking ten grondslag. Wij stellen graag voor dat u dit verwijderd uit uw rapport of onze toelichting opneemt, om ieder misverstand ten aanzien van strafbare feiten in onze kliniek te voorkomen en bij een feitelijke weergave van de bevindingen te blijven. Er is nog nooit een strafbaar feit gepleegd door personele die separatie uitvoeren tijdens separaties in onze kliniek, noch door medewerkers noch door patiënten.

De Beginselenwet, artikel 30, geeft het hoofd van de inrichting de bevoegdheid jegens een verpleegde geweld te gebruiken. Vervolgens specificeert artikel 7, lid 2, dat deze bevoegdheid kan worden overgedragen aan personeelsleden of medewerkers. Het is hier van belang te wijzen op het gegeven dat de algemeen coördinator beslist of er al dan niet gesepareerd wordt, gehoord hebbende het advies van de kliniekraad. Dit zien wij graag opgenomen in uw rapport.

U geeft daarbij aan dat de term 'geweld' niet nader is omschreven in de Beginselenwet. De uitwerking van deze term vindt plaats in een circulaire, in casu de ministeriele regeling 'Geweldsinstructie inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden', die oorspronkelijk vooral handelde over de inzet van geweldsmiddelen, waaronder vuurwapens, traangas, en wapenstok (zie Staatscourant, 10 januari 2001 onder nr. 5021353/00/DJI). Daarbij is in de Toelichting van 2001 expliciet beschreven dat 'voorzover het de bevoegdheid tot gebruik van geweld en aanwending van vrijheidsbeperkende middelen betreft' de tbs-inrichtingen anders onderscheiden worden dan het gevangeniswezen. Dit scherpe onderscheid was ingegeven om de aanwending van geweld zoals bedoeld in de Geweldsinstructie door inrichtingspersoneel tegen te gaan, gelet op het andere karakter van de tbs inrichtingen in vergelijking met het gevangeniswezen, met inbegrip van andersoortig opgeleid personeel ten opzichte van medewerkers van Landelijke Bijstands Teams of bijvoorbeeld de Dienst Vervoer & Ondersteuning. In artikel 9 van de Geweldsinstructie uit 2001 komt dit tot uitdrukking in het niet toestaan voor inrichtingspersoneel geweldsmiddelen te gebruiken.

In 2009 is de Geweldsinstructie herzien. Geweld is nu gedefinieerd als: 'elke dwangmatige kracht van meer dan geringe betekenis'. Verder gaat ook deze Geweldsinstructie vooral in op het hanteren van geweldsmiddelen.

In deze zin zien wij assistentie van patiënten bij holdingtechnieken van fysiek geringe betekenis, er wordt immers geen geweld toegepast, er wordt juist gestreefd naar de inzet van zo min mogelijk geweld, ook niet door 'daartoe bevoegde personen'. Geweldsmiddelen komen hierbij al helemaal niet aan bod. De term geweld is in deze daarom niet juist.

(c) Separatie als deel van een totaalconcept: kwaliteitswet zorginstellingen  
Naast de onjuiste terminologie vragen wij ook aandacht voor onze werkwijze binnen het totale behandelconcept. Samenwerking, het vermijden van een 'wij-zij cultuur' en transparantie staan centraal. De samenwerking bij separatie is daarvan een centraal en onmisbaar element en geeft een belangrijke basis voor een veilige samenwerking, iets waarvan patiënten ook getuigen.

De Kwaliteitswet zorginstellingen is de belangrijkste (zorg)organisatiewet waarnaar wij handelen. Het continu en systematisch analyseren en verbeteren van de kwaliteit van zorg staat centraal. De volledige interventiestroom bij risicovol gedrag begint bij (a) het gezamenlijk met patiënten ontwikkelen van beleid bij risicovol gedrag en in risicovolle situaties, (b) bij vroeg-signalering, (c) samenwerking, (d) de-escalatie methoden, (e) afzondering, (f) herstel of (g) – wanneer de veiligheid in het geding is – separatie, waarbij de algemeen coördinator beslist, gehoord hebbende het advies van de kliniekraad. De uitvoering vindt in samenwerking plaats, waarbij fysieke holding het uiterste is wat wordt ingezet. Alle toegepaste interventies worden continu multidisciplinair getoetst en geëvalueerd in de dagelijkse stafvergadering, alsook geëvalueerd met patiënten in de kliniekraad. Dit beleid wordt periodiek systematisch geëvalueerd en verbeterd (ISO 9001), conform het gestelde in de Kwaliteitswet zorginstellingen. De externe toetsing vindt plaats door TNO Certification B.V. en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tot heden is onze werkwijze door toezichthoudende organisaties deugdelijk beoordeeld. Er is sprake van verantwoorde zorg als omschreven in de Kwaliteitswet zorginstellingen."

### **Ad 3.4. Integriteit**

"Wat betreft uw aanbeveling (vierde alinea) zijn wij een andere mening toegedaan. De kliniek is een professioneel klinisch instituut, waarmee de gedragslijnen helder zijn uitgewerkt en vastgelegd in de wetgeving ter zake:

conform het gestelde in de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg,  
conform het gestelde in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst,  
conform het gestelde in professionele gedragscodes van betreffende beroepsverenigingen gangbaar is (medisch specialisten, klinisch psychologen, vakvereniging verpleegkundigen, beroepscode voor HBO welzijnswerk en gezondheidszorg en anderen),  
conform de jurisprudentie ter zake.

Daarnaast hanteert de kliniek de 'maatschappij' als referentiekader voor het handelen, in tegenstelling tot het klassieke 'medisch model' of een 'traditioneel justitieel beheersregime'. Dit staat ook beschreven in meerdere organisatiedocumenten, meest recentelijk in *Organising Forensic Psychiatry* (2007).

Dit betekent dat grote waarde wordt gehecht aan 'werken op basis van gezond verstand' en in lijn met de algemeen aanvaardbare gedragsregels in de samenleving. De reïntegratie in de samenleving is immers het doel. Daarom vormt de huidige gangbare samenleving het referentiekader voor ons gedrag. In staf, waarin de samenleving breed vertegenwoordigd is,

vindt bezinning plaats op- en besluitvorming ten aanzien van gedragslijnen, in lijn met dit uitgangspunt.

Kort geformuleerd: professioneel contact vormt de basis (dus nooit in termen van persoonlijke relaties) voor een cultuur van algemeen geaccepteerde waarden en normen. Zie *Organising Forensic Psychiatry*, Hoofdstuk 5, alsook het Consultatierapport van Wong & Gordon (pp. 101 – 112).

Wij prefereren deze werkwijze boven een uitputtende schriftelijke opsomming van wat wel en niet geoorloofd is in de omgang met tbs-gestelden en hopen dat ook uw Inspectie zich in deze omschrijving kan vinden.

Wat betreft uw conclusie op pagina 30: uw signalering met betrekking tot de bedrijfshulpverlening hebben wij als uiterst belangrijk direct overgenomen (zie hiervoor onder pagina 27).

Uw andere conclusie zouden wij graag vervangen zien door het net benoemde in plaats van een uitputtende schriftelijke vaststelling van wat wel en niet geoorloofd is in de omgang met tbs-gestelden.”

#### **Ad 4.1. Materiële beveiliging tegen ontvluchtingen**

“Wat betreft uw argumentatie voor detectie bij de ingang: er zijn net zoveel feitelijke argumenten ‘voor’ als ‘tegen’ op te sommen.

Nimmer is objectief en deugdelijk aangetoond dat gebouwen met detectieapparatuur veiliger zijn dan gebouwen zonder detectie. Zo zijn er voorbeelden van gebouwen met detectie, waar net zoveel contrabande, drugs en andere verboden zaken wordt aangetroffen, als in gebouwen zonder detectieapparatuur. Ook zijn er voorbeelden van gebouwen met zeer zware beveiliging (tot de allerhoogste niveaus, zoals Luchthaven Schiphol), die in de praktijk desalniettemin op dezelfde problemen ‘betrap’ worden als minder beveiligde gebouwen. Tenslotte zijn er zelfs aanwijzingen dat ‘open culturen’ (kleinschalige scholen, ziekenhuizen en andere publieke instanties) minder veiligheidsincidenten kennen dan ‘gesloten culturen’, vooral vanwege de sociale controle en andere cultuurwaarden, die een gunstige invloed hebben op veiligheid in de leefomgeving. Daarnaast gebruiken patiënten gewoon bestek bij het eten, werken in de keuken en op de werkplaatsen met gewoon instrumentarium, et cetera, waardoor het binnenbrengen van contrabande (‘wapens’) als een vrij overbodige onderneming overkomt.

Wat betreft communicatiemiddelen: er wordt wel at random gecontroleerd bij de ingang en patiënten zijn zich sterk bewust van de (beperkende) gevolgen en vertraging in een behandeling, wanneer bijvoorbeeld een mobiele telefoon in de kliniek wordt aangetroffen. Tot op heden heeft dit beleid goed gewerkt.

Nu wij uitbreiden in onze voorzieningen, zijn wij wel voornemens met meerdere portiersloges te werken en at random controles hoogfrequent uit te voeren, omdat wij wel achter uw argument staan dat een strikt beleid in de kliniek vraagt om een flankerend strikt beleid bij de toegang. Dit signaal nemen wij ons ter harte.

Op allerhande terreinen wordt daarnaast natuurlijk een uitgebreid en hoogfrequent controlebeleid uitgevoerd ‘aan de achterkant’, dat wil zeggen in de kliniek in plaats van ‘aan de voordeur’. Dit voorkomt dat stafleden en patiënten ervan uitgaan dat er geen verboden zaken binnenkomen of kunnen gebeuren in de kliniek. Dit geldt onder meer op het terrein van hygiëne, kamercontroles op contrabande, controle op alcohol en drugs, et cetera. “

#### **Ad 4.2 Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij**

".....van belang is te melden dat de Van der Hoeven Kliniek wel in overleg met de reclassering heeft voorgesteld FPT uit te oefenen tijdens de transmurale fase, en dan ook mee te doen in de landelijke pilot. FPT is immers ook (of liever: juist) aan de orde tijdens de transmurale fase, maar DJI wijst dit vooralsnog af.

Dit gegeven betreft ons bijzonder, omdat de kliniek graag een constructieve bijdrage levert aan de opzet en uitvoering van een veilige werkwijze bij het forensisch psychiatrisch toezicht, waarin de kliniek het laatste decennium bijzondere expertise en ervaring heeft opgebouwd, met goede resultaten, die zij graag ten dienst wil stellen aan collega-klinieken in de sector. Wanneer DJI FPT ook in de transmurale fase toestaat, zou de Van der Hoeven Kliniek op een constructieve wijze deel kunnen nemen aan de pilot. De reclassering stond positief ten opzichte van ons voorstel.

Dit is de feitelijke stand van zaken, die wij graag toegevoegd zien in uw rapport.

##### *Terzijde: transmuraal beleid of proefverlof?*

Te uwer informatie melden wij graag het volgende. De grondgedachten bij het FPT zijn destijds mede naar voorbeeld van ons transmuraal model opgezet. Vooral de samenwerking met de reclassering tijdens deze fase werd door de buitenwereld (rechtbanken, politie en openbaar ministerie) als bijzonder goed beoordeeld. In een beleidsevaluatie van het EFP in 2005 werd De Van der Hoeven Kliniek in het bijzonder genoemd als voorbeeld van zorgvuldige en verantwoorde uitstroomtrajecten, door reclasseringsorganisaties en leden van het openbaar ministerie. De kliniek was hierin een voorloper. Mede op basis van de constatering dat een relatief groot aantal onttrekkingen en recidive plaatsvond tijdens het proefverlof (gegevensbron: WODC, 2004), is door DJI gekozen hier het FPT op te richten, in plaats van het thans verouderde concept van proefverlof te laten vervallen en een transmuraal beleidskader op te stellen, zodat al het verlofbeleid onder artikel 50 van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden wordt gebracht, met een eenduidige verantwoordelijkheidsverdeling (ketenregie). Dit was overigens wel een wens van DJI bij de herziening van het Verlofbeleidskader in 2004. Het proefverlof valt echter onder artikel 51 (in plaats van 50), daarmee onder verantwoordelijkheid van de reclassering, terwijl ook de kliniek nog verantwoordelijk is. Dit werd toen al (in 2004) als onwenselijk aangemerkt, maar een herziening van de Beginselenwet zou aanzienlijk meer tijd vergen dan de introductie van FPT, als pilot tijdens het proefverlof. Daarom is gekozen het FPT vooral aan de proefverlofconstructie te verbinden, maar tegelijkertijd is toen door DJI duidelijk het voornemen geuit een transmuraal beleidskader te ontwikkelen, teneinde op termijn wel het proefverlof in het transmuraal verlof op te laten gaan. Helaas is dit toen toegezegde kader nooit verschenen.

Een aantal van de beleidsdocumenten met dit voornemen zijn nog beschikbaar, waarbij de Directie Wetgeving van het ministerie van Justitie nauw betrokken was (u refereert aan deze afdeling in uw voetnoot, wel merken wij op dat er een groot verloop in ambtenaren is geweest, wat mogelijk verklaart dat de huidige afdeling hiervan niet goed op de hoogte is).

Daarom benadrukken wij dat wij graag een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkelingen rond het FPT, echter vanuit de transmurale fase, en dat wij ook graag een constructieve bijdrage leveren aan een transmuraal beleidskader, als basis voor het samenbrengen van het verlofbeleid tbs onder één artikel in de wet. Dit past goed in aansluiting op nieuw beleid van de reclassering in het traject van de voorwaardelijke beëindiging, nu de duur daarvan ook tot negen jaar mogelijk is, in lijn met het advies van de commissie Visser.

Onder 'oordeel', derde alinea: de Van der Hoeven Kliniek stelt de reclassering zeker niet buiten spel. Deze formulering is beslist contrair aan de feitelijke gang van zaken.

Er wordt, al jaren, zeer nauw samengewerkt met de reclassering. De feitelijke begeleiding, toezicht en controle wordt op de werkvloer in samenwerking tussen stafleden van onze kliniek en professionals van de reclassering uitgevoerd, tijdens de transmurale fase, voor de duur van tenminste zes maanden. Het transmurale behandelplan, met inbegrip van het terugvalpreventieplan, wordt in de praktijk al werkende gradueel overgedragen aan de reclassering en het verdere plan voor de beëindiging van de dwangverpleging onder voorwaarden wordt in samenspraak met stafleden van onze kliniek opgesteld.

Uw redenering dat een tbs-gestelde benadeeld wordt in zijn rechtspositie delen wij niet. Uit de landelijke cijfers wordt immers duidelijk dat de werkwijze van onze kliniek tot meer uitstroom (beëindigingen van de tbs) leidt, bij een kortere gemiddelde behandelduur, en zeer geringe recidive (zie Sancties, februari 2008), waardoor de rechtspositie van een tbs-gestelde zeker niet geschaad wordt door onze werkwijze.

Wat dit betreft zou naar onze overtuiging een feitelijke analyse van de instroom-doorstroom-uitstroom cijfers richtinggevend moeten zijn voor beleid en concrete versterking van de rechtspositie van patiënten.