



Inspectie voor de Sanctietoepassing
Ministerie van Justitie

Pompekliniek
Inspectierapport
Doorlichting

Datum mei 2009

Colofon

Afzendgegevens

Inspectie voor de Sanctietoepassing

Forum
Kalvermarkt 53
2511 CB Den Haag
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
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
1.7	Leeswijzer — 16
2	Rechtspositie en bejegening — 17
2.1	Informatie- en hoorplicht — 17
2.2	Controle en geweldgebruik — 18
2.3	Bewegingsvrijheid binnen het fpc — 19
2.4	Contact met de buitenwereld — 20
2.5	Verzorging, activiteiten en arbeid — 21
2.6	Disciplinaire straffen en maatregelen — 23
2.7	Omgang met tbs-gestelden — 24
2.8	Functioneren bemiddelings- en beklagprocedure — 25
2.9	Medezeggenschap — 26
2.10	Verlenging van de tbs met verpleging — 27
2.11	Longstay-plaatsing — 28
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 — 33
4.1	Materiële beveiliging tegen ontvluchtingen — 33
4.2	Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij — 34
4.3	Conclusie — 38
5	Organisatieaspecten — 39
5.1	Personeelsmanagement — 39
5.2	Communicatie — 40
6	Slotbeschouwing — 43

Bijlage 1	Aanbevelingen — 44
Bijlage 2	Afkortingen — 45
Bijlage 3	Bronnen — 47
Bijlage 4	Inspectieprogramma — 49
Bijlage 5	Geografische ligging — 50

Voorwoord

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) heeft in maart 2009 een doorlichting uitgevoerd bij de hoofdvestiging van de Pompekliniek in Nijmegen.

De Pompekliniek voldoet voor het overgrote deel aan de criteria die de ISt bij een doorlichting van een forensisch psychiatrisch centrum hanteert. De Pompekliniek is een veilige inrichting waar de rechtspositie van de tbs-gestelden over het algemeen is gewaarborgd. Ook op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet de Pompekliniek over nagenoeg de hele linie aan de normen en verwachtingen van de ISt.

De doorlichting van de Pompekliniek 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

Samenvatting

De ISt heeft in maart 2009 de hoofdvestiging van de Pompekliniek in Nijmegen 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 drie dimensies: beleid, uitvoering en borging.

De Pompekliniek voldoet voor het overgrote deel aan de criteria die de ISt bij een doorlichting van een forensisch psychiatrisch centrum hanteert. De Pompekliniek is een veilige inrichting waar de rechtspositie van de tbs-gestelden over het algemeen is gewaarborgd. Ook op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet de Pompekliniek over nagenoeg de hele linie aan de normen en verwachtingen van de ISt.

De Pompekliniek is een HKZ-gecertificeerde instelling. Dit betekent onder andere dat niet alleen de uitvoering van de primaire processen grotendeels op orde is, maar dat deze doorgaans ook beschreven en geborgd zijn.

Rechtspositie en bejegening

Met betrekking tot het aspect rechtspositie en bejegening voldoet de Pompekliniek aan de meeste gestelde toetsingscriteria. Dat geldt voor de bewegingsvrijheid binnen de kliniek, het contact met de buitenwereld, de verzorging, het activiteitenaanbod, het toepassen van fysieke dwang en het disciplinaire beleid.

Medewerkers van de kliniek gaan over het algemeen respectvol en humaan met tbs-gestelden om. Wel is het zo dat niet alle patiënten zich even serieus genomen voelen, in het bijzonder door relatief jonge en onervaren sociotherapeuten. De kliniek is zich hiervan bewust en besteedt hier tijdens de inwerkperiode van nieuwe medewerkers en tijdens supervisie- en intervisiebesprekingen extra aandacht aan.

De ISt signaleert een aantal concrete verbeterpunten. Zo is het wenselijk om de regels die gelden op de verschillende afdelingen van de kliniek verdergaand te harmoniseren.

Verder voldoet de medezeggenschap van patiënten in de praktijk slechts in beperkte mate. De inbreng van de externe vestigingen van de kliniek komt onvoldoende tot zijn recht.

Een belangrijk knelpunt, tenslotte, is het grote aantal klachten dat tbs-gestelden jaarlijks indient bij de beklagcommissie van de commissie van toezicht. Temeer dat slechts circa 3% van die klachten uiteindelijk gegrond wordt verklaard, kan sterker worden ingezet op een informele klachtafhandeling. Daar komt bij dat de afhandeling van klachten de daarvoor gestelde wettelijke termijnen vaak ruimschoots overschrijdt.

Interne veiligheid

De Pompekliniek is volgens zowel de inrichtingsmedewerkers als de tbs-gestelden een veilige inrichting.

Hoewel het bedrijfshulpverleningsbeleid en de brandveiligheid van de kliniek overwegend op orde zijn, is het wel van belang om in 2009 prioriteit te geven aan een hernieuwde risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E).

Het gebruik van drugs en alcohol wordt binnen de kliniek actief bestreden. Wel heeft de ISt moeten vaststellen dat de uitslagen van de alcohol- en drugscontroles noch

kliniekbreed, noch afdelingsgewijs beschikbaar komen. De effectiviteit van het drugsbestrijdingsbeleid kan daardoor onvoldoende worden vastgesteld. Onderlinge agressie tussen tbs-gestelden en van patiënten tegen personeel komen weinig voor. Toch geeft de Ist in overweging om in alle afdelingsregels een paragraaf op te nemen met betrekking tot het gewenste gedrag van patiënten. De integere uitoefening van hun functie door medewerkers krijgt in de Pompekliniek de nodige aandacht. Het integriteitsbeleid is beschreven en wordt periodiek geëvalueerd.

Maatschappijbeveiliging

De materiële en technische beveiliging van de kliniek voldoen. Verder zijn er de nodige protocollen voor werkprocessen die in verband met de beveiliging relevant zijn. Er was ten tijde van het inspectiebezoek nog geen definitief vastgesteld toegangsbeleid voor de kliniek. Er was wel een concept-toegangsregeling die onder meer voorschrijft dat patiënten en patiëntbezoekers bij binnenkomst van de kliniek altijd aan detectie worden onderworpen. Ambtelijke bezoekers en kliniekmedewerkers zullen deze controles steekproefsgewijze ondergaan.

Het verlofbeleid van de kliniek is helder en verantwoord. De kliniek heeft op overzichtelijke wijze alle procedures vanaf de aanvraag van verlofmachtigingen tot en met de uitvoering van verloven vastgelegd. De processen zijn ook geborgd. De Ist pleit er wel voor om kliniekbreed een uniforme checklist in te voeren ten behoeve van de voor- en nabespreking van verlofbewegingen.

Organisatieaspecten

Het personeelsmanagement in de kliniek is grotendeels op orde. Er zijn geen grote problemen met het vervullen van vacatures en de kliniek anticipeert op mogelijk toekomstige arbeidsmarktproblemen.

Mede vanwege het hoge ziekteverzuim en het relatief grote verloop in de clusters psychotici en longstay, beveelt de Ist aan om in 2009 prioriteit te geven aan het afnemen van een medewerkerstevredenheidsonderzoek. Ook het jaarlijks met alle medewerkers houden van functioneringsgesprekken is een verbeterpunt.

De communicatie en informatie-uitwisseling tussen medewerkers van de kliniek voldoen overwegend. De Ist is zeer te spreken over de inzichtelijke opzet van de patiëntendossiers.

Wel verdient de communicatie tussen de directie en de werkvloer aandacht. De medewerkers ervaren soms nog een te grote afstand.

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

Aanbevelingen

De Ist beveelt de Pompekliniek het volgende aan:

- Harmoniseer zoveel mogelijk de opzet en inhoud van de regels van alle afdelingen (inclusief de locaties buiten Nijmegen) voorzover die niet zijn gerelateerd aan de specifieke bestemming en doelgroep.
- Zet sterker in op informele afhandeling van klachten binnen de kliniek.
- Neem op korte termijn maatregelen om de medezeggenschap van patiënten in de verschillende vestigingen van de Pompekliniek beter tot zijn recht te laten komen.
- Breng zowel kliniekbreed als per afdeling periodiek de omvang van de drugs- en alcoholproblematiek in beeld teneinde de effectiviteit van het bestrijdingsbeleid te kunnen volgen en om zonodig het beleid bij te kunnen stellen.

- Voer voor de hele kliniek een uniforme checklist in ten behoeve van de voor- en nabespreking van verlof.
- Geef in 2009 prioriteit aan het afnemen van een medewerkerstevredenheidsonderzoek, vooral met het oog op het hoge ziekteverzuim en het relatief grotere personeelsverloop in de clusters psychotici en longstay.

De Ist beveelt de Pompekliniek en de commissie van toezicht het volgende aan:

- Monitor de doorlooptijden van de verschillende processtappen in de beklagprocedure en bezie verdere mogelijkheden om de beklagprocedure en de wederhoorreactie van de kliniek te versnellen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doel

Aanleiding

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) houdt toezicht op de sanctietoepassing in Nederland. Zij doet dit onder meer door forensisch psychiatrische centra (fpc's) met een zekere regelmaat op hun functioneren te beschouwen. De Pompekliniek is een particuliere inrichting voor tbs-gestelden. De ISt heeft de kliniek niet eerder doorgelicht.

Doel

Het doel van de doorlichting is te bezien hoe het in de Pompekliniek 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 gesloten voorzieningen van de Pompekliniek zijn verspreid over drie locaties. Alleen de hoofdvestiging in Nijmegen is onderzocht. De vestigingen in Zeeland (NB) en in Vught zijn buiten beschouwing gebleven. De ISt heeft deze vestigingen samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2006 onderzocht, als onderdeel van het themaonderzoek TBS in het gevangeniswezen. In 2008 hebben beide inspecties een vervolgonderzoek gedaan in deze twee vestigingen van de Pompekliniek.

De Pompekliniek in Nijmegen beschikt naast een gesloten inrichting over transmurale voorzieningen. De ISt heeft deze transmurale voorzieningen in 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.¹ 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.²

Bovengenoemde 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 handelingniveau de toepassing van het beleid is zeker gesteld en in hoeverre het fpc zijn beleid periodiek op effectiviteit evalueert en zonodig bijstelt.

¹ Zie voor het volledige toetsingskader de ISt website (www.inspectiesanctietoepassing.nl), waar het als bijlage bij het inspectierapport is gevoegd.

² De ISt houdt geen toezicht op de uitvoering van de zorgwetgeving.

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.

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.

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. Daartoe is het toetsingskader dat de IST hanteert, uitgewerkt in een aantal gestructureerde vragen- en checklijsten. De gegevens die de IST hiermee verzamelt, worden vervolgens afgezet tegen de normen en verwachtingen in het toetsingskader en leiden tot een beoordeling van de te toetsen criteria.

De doorlichting van de Pompekliniek is uitgevoerd door drie inspecteurs gedurende drie dagen. Zie bijlage 4 voor het volledige inspectieprogramma van de doorlichting.

Tijdpad

Op 22 januari 2009 heeft de IST de doorlichting formeel aangekondigd. De doorlichting is op 10, 11 en 17 maart 2009 uitgevoerd. De directie heeft op 22 april 2009 de conceptversie van het inspectierapport voor wederhoor op de feitelijke bevindingen voorgelegd gekregen. De IST heeft de wederhoorreactie op 29 april 2009 ontvangen. Op 11 mei 2009 heeft de hoofdinspecteur het inspectierapport vastgesteld en aangeboden aan de staatssecretaris van Justitie.

1.5 Objectbeschrijving

De Pompekliniek is onderdeel van de Pompestichting, waartoe ook de forensische polikliniek Kairos en het expertisecentrum Pompeii behoren. De Pompestichting maakt sinds 2003 samen met GGz-Nijmegen deel uit van de Stichting Forum GGz Nijmegen. Er is een gezamenlijke raad van bestuur.³

Met ingang van januari 2009 is de stichting Forum GGz Nijmegen bestuurlijk gefuseerd met de GGz-organisatie De Gelderse Roos. De holdingstichting draagt de naam Pro Persona. De fusies zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorg en de behandeling te verbeteren, de inhoudelijke ketensamenwerking te versterken en efficiencywinst te bereiken door facilitaire diensten te bundelen.

De Pompekliniek heeft clusters voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en voor psychosebehandeling. Daarnaast zijn er longstayvoorzieningen. De behandel- en longstayvoorzieningen zijn verspreid over drie locaties: de hoofdvestiging van de kliniek in Nijmegen, een nieuwe vestiging op het terrein van de voormalige penitentiaire inrichting 'De Corridor' in Zeeland (NB) en een dependance op het complex van de penitentiaire inrichting in Vught. Ten tijde van het inspectiebezoek was de nieuwbouw in Zeeland in volle gang. Deze nieuwe

³ Formeel is er een afzonderlijke Raad van Bestuur voor de Pompestichting. De personele samenstelling daarvan is dezelfde als die van de RvB van Forum GGz Nijmegen; alleen het voorzitterschap berust bij een ander lid van die RvB.

vestiging zal in de loop van 2009 als longstayvoorziening in gebruik genomen worden.

De locatie in Nijmegen - het object van deze doorlichting - bestaat uit verschillende gebouwen. In het hoofdgebouw, dat zeventien jaar geleden in gebruik is genomen, zijn behandelafdelingen ondergebracht voor tbs-gestelden met zowel een persoonlijkheidsstoornis als een psychotische stoornis. Ongeveer driekwart van de patiënten behoort tot de eerste categorie.

Op het terrein van de kliniek bevindt zich ook het Kempehuis. Deze nieuwgebouwde locatie huisvestte ten tijde van het inspectiebezoek voornamelijk longstaypatiënten. Na de ingebruikname van 'De Corridor' zullen deze patiënten daarheen worden overgeplaatst en zullen de behandelafdelingen voor psychotici volledig overgaan naar het Kempehuis.⁴

Er zijn op het terrein van de kliniek en vlak daarbuiten twee resocialisatie-eenheden. Binnen de hekken van de kliniek is dat het zogenaamde Paviljoen of Binnenrun. Buiten de hekken is dat de transmurale voorziening Meander. In Nijmegen zelf beschikt de kliniek ook nog over afzonderlijke transmurale wooneenheden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de capaciteit en de bezetting van de kliniek op 1 februari 2009.

Tabel I Capaciteit en bezetting Pompekliniek (1-2-2009)

	Capaciteit	Bezetting
Cluster longstay	108	106
Cluster persoonlijkheidsstoornissen	149	145
Cluster psychotici	51	56
Totaal	308	307

De voor 2009 begrote personeelsformatie voor de Pompekliniek is 522 fte. De personeelsbezetting in januari 2009 was 450 fte. De personele onderbezetting is een gevolg van de nog lopende werving van nieuw personeel in verband met de capaciteitsuitbreiding van de kliniek.

In 2008 heeft de Pompekliniek aan de Dienst Justitiële Inrichtingen zeven meldingen gedaan van een bijzonder voorval waarbij een tbs-gestelde uit de vestiging in Nijmegen of uit een transmurale voorziening betrokken was:

- een natuurlijk overlijden,
- een suïcidepoging,
- een ziekenhuisopname,
- een geweldsincident binnen de kliniek,
- een mogelijk zedendelict binnen de inrichting,
- een geweldsincident buiten de inrichting, en
- een overtreding van de verlofwaarden.

1.6 Recent onderzoek

In de afgelopen vier jaar is de Pompekliniek door verschillende instanties onderzocht.

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).

⁴ Ten tijde van het inspectiebezoek verbleven ook al patiënten met psychotische stoornissen in het Kempehuis.

De ISt heeft de Pompekliniek in 2005 bij het themaonderzoek Verlofbeleidskader TBS betrokken (ISt, december 2005). De ISt kwalificeerde het gebruik van het format voor het aanvragen van verlofmachtigingen als goed.

In 2008 heeft de ISt onderzoek gedaan naar de werkwijze van de commissies van toezicht (cvt's) bij justitiële inrichtingen (ISt, januari 2009). De cvt van de Pompekliniek is toen mede onderzocht. Naar de resultaten zal worden verwezen in paragraaf 2.8. van dit doorlichtingsrapport die ingaat op de bemiddelings- en beklagprocedure voor tbs-gestelden.

De Pompekliniek is een HKZ-gecertificeerde instelling. HKZ staat voor Harmonisatiemodel Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector en is bedoeld voor kwaliteitstoetsing aan normen die specifiek zijn opgesteld voor instellingen voor zorg en welzijn. In 2008 heeft in het kader van de recertificering een audit plaatsgevonden. Waar dat relevant is, zal naar de uitkomsten van dit rapport worden verwezen.

1.7 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken komen achtereenvolgens de volgende onderzoeksaspecten aan de orde: rechtspositie en bejegening, interne veiligheid, maatschappijbeveiliging en organisatieaspecten.

De hoofdstukken zijn onderverdeeld in paragrafen die corresponderen met de criteria uit het toetsingskader van de ISt.⁵ Elke paragraaf beschrijft eerst de strekking van het betreffende criterium. Vervolgens komen de relevante bevindingen van de ISt aan de orde, onderverdeeld naar de eerder genoemde dimensies beleid, uitvoering en borging . Elke paragraaf sluit af met het inspectieoordeel. Waar dat van toepassing is, doet de Inspectie aanbevelingen. Elk hoofdstuk eindigt met een conclusie.

Het rapport sluit af met een korte slotbeschouwing.

⁵ Zie voor het volledige toetsingskader de ISt website (www.inspectiesanctietoepassing.nl), waar het als bijlage bij het inspectierapport is gevoegd.

2 Rechtspositie en bejegening

Dit hoofdstuk beschrijft in hoeverre de Pompekliniek voldoet aan de inspectiecriteria met betrekking tot de rechtspositie en de bejegening van de tbs-gestelden.

Achtereenvolgens wordt ingegaan op:

- de informatie en hoorplicht van tbs-gestelden (2.1),
- de handhaving van de orde en het eventueel gebruik van geweld daarbij (2.2.),
- de bewegingsvrijheid binnen de kliniek (2.3),
- het contact met de buitenwereld (2.4),
- de verzorging en de deelname aan activiteiten (2.5),
- de opgelegde straffen en/of maatregelen (2.6),
- de omgang tussen medewerkers en tbs-gestelden (2.7),
- het functioneren van de bemiddelings- en beklagprocedure (2.8),
- de organisatie van de medezeggenschap (2.9),
- de verlenging van de tbs (2.10) en
- de plaatsing op een longstayvoorziening (2.11).

Het hoofdstuk sluit af met een conclusie.

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 kliniek heeft de manier waarop tbs-gestelden bij binnenkomst worden geïnformeerd over de gang van zaken binnen de inrichting vastgelegd in een procedurebeschrijving. Onderdeel van die procedure is het beschikbaar stellen van de geldende huisregels. Deze huisregels zijn zeer recent (januari 2009) geactualiseerd en zij voldoen aan de ministeriële regeling Model huisregels justitiële TBS-inrichtingen. De huisregels omschrijven in welke gevallen een informatie-, hoor- en meldplicht geldt. In aanvulling op de kliniekbrede huisregels ontvangen de tbs-gestelden specifieke afdelingsregels.

Uit het in 2006 afgenomen patiënttevredenheidsonderzoek blijkt dat de patiënten in de Pompekliniek redelijk tevreden zijn over de uitleg van de kliniekregels. Wel stellen de tbs-gestelden die de IST heeft gesproken, dat er soms niet logisch te verklaren verschillen zijn tussen de afdelingsspecifieke regels, bijvoorbeeld over het onderling verkopen van bezittingen en over het tijdstip waarop je vanaf de afdeling het buitenterrein op mag. De IST heeft de regels van de afdelingen (inclusief die van de vestigingen in de PI Vught en in 'De Corridor') onderling vergeleken en heeft daarbij vastgesteld dat deze qua indeling en inhoud inderdaad niet helemaal vergelijkbaar zijn. Voor de afdelingen Waal, Maas en Rijn gelden wel dezelfde afdelingsregels. Hier stuurt de betreffende clustermanager ook nadrukkelijk op een consistente bejegening en toepassing van regels.

Op de longstayvoorziening zijn de regels volgens de door de IST geïnterviewde tbs-gestelden minder duidelijk. Aanvankelijk had dit te maken met aanloopproblemen bij de opstart van deze voorziening, maar nog steeds komt het volgens hen voor dat sommige medewerkers verbieden wat anderen toestaan.

Als een maatregel wordt opgelegd, wordt de tbs-gestelde in de praktijk gehoord. Daarbij wordt bovendien uitgelegd wat de maatregel inhoudt.

Voor wat betreft de borging van de informatie- en hoorplicht, is van belang dat de zorgmanager van de afdeling de checklist die bij de intake wordt gehanteerd, aftekent. Verder is relevant dat de huisregels periodiek worden bijgesteld.

Oordeel

Het beleid met betrekking tot de informatie- en hoorplicht van tbs-gestelden, alsmede de uitvoering daarvan voldoen overwegend aan de normen en verwachtingen van de Inspectie. De borging ervan is volledig op orde. Op één onderdeel acht de IST verbetering mogelijk. Zo zijn er verschillen tussen afdelingsregels die niet allemaal zijn te herleiden tot de variatie in bestemming van die afdelingen. Door de regels van alle afdelingen (inclusief de locaties buiten Nijmegen) qua inhoud en indeling zoveel mogelijk gelijk te schakelen ontstaat meer duidelijkheid, zowel voor tbs-gestelden die naar een andere afdeling en/of locatie worden overgeplaatst als voor medewerkers die eventueel op een andere afdeling moeten invallen.⁶

Aanbeveling

Harmoniseer zoveel mogelijk de opzet en inhoud van de regels van alle afdelingen (inclusief de locaties buiten Nijmegen) voorzover die niet zijn gerelateerd aan de specifieke bestemming en doelgroep.

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 zonedig tot bijstelling van beleid.

Bevindingen

De Pompekliniek beschikt over een protocol 'geweld en/of vrijheidsbenemende middelen'. Dat protocol beschrijft welke functionarissen in welke omstandigheden welke vormen van fysieke dwang mogen toepassen.

De sociotherapeuten binnen de kliniek krijgen bij hun aantreden een training fysieke agressiehantering. Daarna moeten zij jaarlijks aan een minimaal aantal vervolgotrainingen deelnemen.

Voordat geweld wordt toegepast, neemt de afdeling contact op met de behandelcoördinator en met het hoofd van dienst van de kliniek. In bijzondere gevallen kan de kliniek een beroep doen op het interne bijstandsteam van de justitiële jeugdinrichting De Hunerberg of van de penitentiaire inrichting in Grave. Dat gebeurt sporadisch.

⁶ In haar wederhoorreactie op het conceptrapport heeft de directie aangegeven dat inmiddels een begin is gemaakt met het aanpassen en harmoniseren van de afdelingsregels in lijn met de aanbevelingen van de IST. Veruit de meeste afdelingsregels waren eind april 2009 geactualiseerd.

Ten tijde van het inspectiebezoek was een speciaal intern 'plusteam' in voorbereiding, dat speciaal is getraind in het toepassen van geweldsmiddelen (bv. handboeien). Het team was destijds nog niet volledig operationeel.

De kliniek stelt de lokale geweldsinstructie regelmatig bij. Incidenten waarbij geweld is gebruikt, worden steevast geregistreerd en geëvalueerd. Om een juiste toepassing van geweld te borgen is het verder relevant dat leidinggevenden erop toezien dat hun medewerkers voldoende deelnemen aan de fysieke weerbaarheidstrainingen. Dit wordt geregistreerd. Wel moeten de zorgmanagers van de afdelingen soms druk op hun medewerkers uitoefenen om aan de trainingen deel te nemen.

Oordeel

De Pompekliniek perkt de grondrechten van de tbs-gestelden niet onnodig in. Het eventuele gebruik van fysieke dwang daarbij is proportioneel. Zowel het beleid, als de uitvoering en de borging van het gebruik van geweld voldoen aan de normen en verwachtingen van de IST.

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 de kliniek en voldoen in dit opzicht aan de wettelijke vereisten. In de afdelingsregels worden de tijden gespecificeerd waarop men de kamer mag verlaten en de tijden waarop men zich in de buitenlucht mag begeven.

De tbs-gestelden worden van 's morgens 8:15 uur tot 's avonds 22:00 uur van hun kamer uitgesloten. De mate van bewegingsvrijheid hangt vervolgens af van de afdeling waar men verblijft en van de afspraken die de individuele behandelplannen daarover bevatten. Buiten de behandeluren mogen de patiënten die geen bijzondere beperkingen hebben in hun bewegingsvrijheid, zich ook vrij over het binnenterrein bewegen. Wel moeten zij van tevoren toestemming vragen als zij patiënten op een andere afdeling willen bezoeken. De tbs-gestelden vinden dat zij voldoende mogelijkheden hebben voor contact met medepatiënten.

Er zijn twee afdelingen waar de patiënten de afdeling niet onbegeleid mogen verlaten. Dat zijn de extra beveiligde afdelingen Niers en Linge. Beide zijn vooral bestemd voor patiënten die nog in het begin van hun behandeling staan en die vanwege het risico op psychotische stoornissen eerst moeten worden gestabiliseerd. De leefgroepen zijn klein en de nadruk ligt op een individuele benadering. 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.⁷ Het verblijf op de extra beveiligde afdelingen varieert doorgaans tussen de zes maanden en twee jaar. Periodiek wordt bezien of overplaatsing naar een reguliere behandeling mogelijk is.

⁷ Dit artikel stelt voor een afdeling intensieve zorg lagere eisen aan het minimum aantal uren dat een patiënt met medepatiënten mag doorbrengen, dan voor een reguliere verblijfsafdeling van toepassing is.

De commissie van toezicht heeft in 2008 tien klachten ontvangen over uitsluitijden van patiënten en over het onvoldoende kunnen luchten. Eén klacht is gegrond verklaard (maar in beroep door de RSJ alsnog ongegrond verklaard); de andere zijn ofwel ingetrokken ofwel ongegrond verklaard.

Oordeel

De bewegingsvrijheid van tbs-gestelden in de Pompekliniek voldoet aan de gestelde eisen. Het beleid is beschreven; de uitvoeringspraktijk is op orde en geborgd.

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 en de afdelingsregels beschrijven de rechten en beperkingen met betrekking tot telefoneren, post en bezoek. De regels voldoen ruimschoots aan de wettelijke minima om contact met de buitenwereld te onderhouden.

Over het geheel genomen zijn de tbs-gestelden tevreden over het contact met de buitenwereld. Dit wordt onder meer vastgesteld in de periodiek te houden patiënttevredenheidsonderzoeken.

De patiënten kunnen in de avonden en gedurende het weekeinde vrij gebruik maken van de *telefoon* op de afdeling. Zij mogen alleen bellen met tevoren gescreende telefoonnummers die op de telefoonkaart worden geprogrammeerd. De mogelijkheden om te telefoneren zijn volgens de tbs-gestelden voldoende. Dat blijkt ook uit het in 2006 afgenomen patiënttevredenheidsonderzoek. Wel klagen enkele tbs-gestelden dat er wel eens spanningen ontstaan doordat sommige patiënten de afdelingstelefoon lang bezet houden.

Tbs-gestelden kunnen gedurende het weekeinde *bezoek* ontvangen; op zaterdag van 9:00 tot 22:30 en op zondag van 9:00 tot 18:30. Bewoners van de longstayafdeling kunnen ook op werkdagen bezoek ontvangen. Bezoekers worden vooraf gescreend. Dat kan thuis gebeuren, telefonisch of in de kliniek. Er is een speciale brochure voor bezoekers. Daarin staan de regels die bij het bezoek in acht genomen moeten worden. Bezoekers worden bij binnenkomst aan detectie onderworpen en hun bagage wordt gescand. Verder mogen bezoekers zich alleen onder begeleiding in de kliniekrumtes ophouden. Minderjarigen mogen de kliniek alleen onder begeleiding van een volwassene bezoeken of moeten tevoren schriftelijke toestemming hebben om alleen te komen. Bezoek vindt in beginsel plaats op de kamer van de tbs-gestelde.⁸ De eerste keren gebeurt dat onder toezicht van een sociotherapeut. Later blijft dat toezicht doorgaans achterwege. Hoewel er geen speciale regels zijn voor de begeleiding van bezoekende kinderen, zien de patiënten er doorgaans zelf op toe dat zij niet zonder begeleiding van een volwassene van de kamer afgaan.

⁸ Er zijn ook enkele appartementen beschikbaar voor familiebezoek.

Een andere manier om contact met de buitenwereld te onderhouden, is de *post*. De patiënten waarmee de Ist heeft gesproken, klagen dat binnenkomende post nog wel eens (dagen)lang blijft liggen.

De commissie van toezicht heeft in 2008 in totaal 21 klachten ontvangen over het bezoek, het telefoneren of het ontvangen van post. Slechts één van deze klachten is gegrond verklaard.

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.

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 en de afdelingsregels zijn voorschriften opgenomen over de geestelijke verzorging, de medische zorg, het dragen van kleding, de maaltijdvoorziening, de bibliotheek, het eigen geld van tbs-gestelden, de verplichting tot arbeid en huishoudelijke activiteiten, en de mogelijkheid om aan onderwijs en recreatieve activiteiten deel te nemen. Deze regels corresponderen met de eisen van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

De tbs-gestelden in de kliniek kunnen een beroep doen op *geestelijke verzorging*. Er zijn een humanist, een imam, een pastor en een protestants-christelijk geestelijk verzorger beschikbaar. De geestelijk verzorgers opereren als een team, waarbij iedere geestelijk verzorger als eerste aanspreekpunt aan een vaste afdeling is verbonden. De geestelijk verzorgers dragen zorg voor individuele geestelijke begeleiding, kerk- en gebedsdiensten en gespreksgroepen

Sinds enige tijd is het door bouwkundige veranderingen in de kliniek niet langer mogelijk dat patiënten zelfstandig binnen kunnen lopen bij een geestelijk verzorger of een bezoek kunnen brengen aan de kapel. Daarvoor is nu toestemming nodig. De patiënten ervaren dat als een achteruitgang.

In het patiënttevredenheidsonderzoek gaven de tbs-gestelden de geestelijke verzorging in 2006 het rapportcijfer 6.3.

Arbeidsactiviteiten vormen een belangrijk onderdeel van het dagprogramma. Op de longstay-afdeling mag men onbepaald werken; op de behandelafdelingen is dat maximaal twintig uur. Er is een metaalwerkplaats, een houtwerkplaats, een montageafdeling, een fietsreparatiewerkplaats en een tuin (incl. kassen) waar gewerkt kan worden en dieren kunnen worden verzorgd. Ook zijn patiënten werkzaam in de keuken en bij het schoonmaakonderhoud van het gebouw en het

terrein. De vergoeding is €2,35 per uur. Volgens de geïnterviewde patiënten is dat veel te weinig.

Overigens zijn de tbs-gestelden tevreden over de arbeidsfaciliteiten.

Onderwijsactiviteiten worden door het dagactiviteitencentrum (DAC) georganiseerd. Het DAC is gehuisvest in een modern gebouw met veel faciliteiten. De educatieve activiteiten waaraan tbs-gestelden deelnemen zijn onderdeel van hun behandelplan. Daartoe voeren medewerkers van het DAC een uitgebreide intake uit. Het streven is om iedereen minimaal op brugklasniveau MAVO de kliniek te laten verlaten. Als dat haalbaar wordt geacht, is het ook mogelijk om hogere opleidingen te volgen. De tbs-gestelden zijn over het algemeen tevreden over het onderwijs.

De patiënten kunnen gebruik maken van de *bibliotheek* in het DAC. De tbs-gestelden zijn redelijk tevreden over het aanbod. Desgewenst kunnen boeken bij buitenbibliotheken worden besteld.

Qua *sportvoorzieningen* is de kliniek ruim voorzien. Dat vinden ook de tbs-gestelden. Er zijn twee sportzalen, een zwembad, een oefenlokaal voor vecht- en verdedigingssporten, een fitnessruimte en een voetbalveld. Bijzonder is dat er een voetbalclub (Jonker Boys) en een volleybalclub zijn, die meedoen aan de externe competitie. Er worden dan alleen thuiswedstrijden gespeeld.

Het DAC biedt ook faciliteiten voor *creatieve vorming*. Als onderdeel van het patiënttevredenheidsonderzoek in 2006 kenden de tbs-gestelden dit onderdeel het rapportcijfer 6.2. toe.

De Ist is ook nagegaan hoe het staat met de *voeding* en met de mogelijkheden om in de *winkel* boodschappen te bestellen. De kliniek beschikt over een centrale keuken. Het eten is volgens de geïnterviewde patiënten van goede kwaliteit. De tbs-gestelden kunnen er ook voor kiezen om zelf te koken. Zij krijgen daarvoor een dagvergoeding uitgekeerd. De benodigde boodschappen kunnen zij bestellen bij een plaatselijke winkelier. De patiënten zijn daar niet onverdeeld tevreden over. De winkelier zou vaak niet leveren wat is besteld. In verband met een daarover ingediende klacht heeft de kliniek hier een speciaal onderzoek naar ingesteld. De klacht bleek niet terecht te zijn. De winkel heeft een ruim assortiment en mag een vaste marge in rekening brengen voor het leveren van producten.

Een belangrijk onderdeel van het dagprogramma zijn de *gedragstrainingen en therapieën*. Of de tbs-gestelden kwalitatief de juiste (psychomedische) 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 niet altijd gehaald. Weliswaar vindt de bespreking van het concept-behandelplan doorgaans binnen drie maanden plaats, maar de verslaglegging daarvan levert nog wel eens vertraging op. Het behandelplan wordt in de Pompekliniek vervolgens zesmaandelijks geëvalueerd.

Een van de knelpunten die in het patiënttevredenheidsonderzoek in 2006 naar voren kwam, betrof de lange wachttijden voor deelname aan gedragstrainingen en aan psychotherapie. Volgens de tbs-gestelden uit de patiëntenraad zijn deze wachttijden nog steeds een probleem. Leiding en medewerkers bevestigen dat de wachttijden enkele jaren geleden inderdaad lang waren. Door de behandelcapaciteit uit te breiden zijn deze wachttijden inmiddels teruggebracht. Wel duurt het soms enige

tijd voordat er voldoende deelnemers zijn om een trainings- of therapiegroep te kunnen starten. Ook wacht de kliniek soms bewust met het starten van psychotherapie of van trainingen om deze beter te kunnen spreiden over de gehele verblijfsperiode. Dat laatste is het geval bij tbs-gestelden voor wie een verplichte minimale verblijfsduur is bepaald.

De vraag of het activiteiten- en behandelaanbod aan de verwachtingen van de patiënten voldoet, wordt om de twee tot drie jaar geëvalueerd door middel van een patiënttevredenheidsonderzoek. Ook in andere opzichten is geborgd dat voldoende activiteiten worden aangeboden en dat dit tijdig gebeurt. Zo bewaken de clustermanagers van de kliniek de wachttijden voor deelname aan psychotherapie en gedragstrainingen. Verder wordt de uitval van activiteiten van het DAC gemonitord door middel van periodieke overzichten waarin de gerealiseerde activiteitenuren worden afgezet tegen de geplande uren.

Oordeel

Het beleid met betrekking tot de activiteiten en de verzorging van tbs-gestelden voldoet aan de eisen. Dat geldt ook voor de uitvoering. De tijds beschikbaarheid van activiteiten is bovendien geborgd.⁹

2.6 Disciplinaire straffen en maatregelen

criterium

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

Bevindingen

De Pompekliniek legt geen disciplinaire straffen op. Dit is ook zo in de huisregels vermeld. Wel hanteert men maatregelen zoals afdelingsarrest, afzondering op de eigen kamer of separatie. De behandelafdelingen beschikken over twee separeercellen: een beveiligde en een extra beveiligde ruimte.

De huisregels beschrijven de gronden waarop deze maatregelen kunnen worden opgelegd. Verder is er een protocol waarin is vastgelegd wie welke maatregel kan opleggen en wie in dat geval de tbs-gestelde hoort.

Welke maatregel in een concreet geval wordt opgelegd, hangt onder meer af van het behandeldoel van de tbs-gestelde. Dat is maatwerk. Wel is het zo dat bij vastgesteld drugsgebruik of als een tbs-gestelde niet meewerkt aan een urinecontrole standaard een drugsmaatregel wordt opgelegd. Deze wordt in de huisregels aangeduid als 'oranje fase' en omvat een pakket aan beperkingen, variërend van minder bezoek en minder bewegingsvrijheid in de kliniek tot beperking van deelname aan activiteiten.

In 2008 is de Pompekliniek, inclusief de locaties in Vught en Zeeland, 147 maal tot separatie overgegaan. In 51 gevallen was op dat op eigen verzoek van de tbs-gestelde. Doorgaans worden tbs-gestelden kort gesepareerd. De gemiddelde duur bedroeg in 2008 zes dagen. In slechts twaalf gevallen duurde de separatie langer dan twee weken.

De opgelegde maatregelen worden geëvalueerd. Zo houdt de commissie Middelen en Maatregelen toezicht op eventueel zorgelijke trends in de toepassing van dwangmiddelen. Evaluatie vindt ook plaats in het kader van een landelijk GGz-

⁹ Hoewel dat niet tot een norm is te herleiden, zou de kliniek nog wel eens kunnen bezien of tegemoet gekomen kan worden aan de wens van tbs-gestelden om vrij bij de geestelijke verzorging binnen te lopen of de kapel te bezoeken.

project (Dwang en Drang) om het aantal separaties in GGz-instellingen terug te dringen. De afdelingen van het cluster persoonlijkheidsstoornissen die in het project hebben geparticipeerd, hebben het aantal separaties in 2008 met 50% weten terug te dringen ten opzichte van het referentiejaar 2006.

Alleen de afdelingen die aan het project Dwang en Drang hebben deelgenomen, stellen periodieke overzichten op van de opgelegde maatregelen, inclusief de aantallen separaties en de duur daarvan. Het voornemen is om deze monitoring kliniekbreed te gaan invoeren.

De beklagcommissie van de commissie van toezicht heeft in 2008 38 klachten gekregen over separaties en afdelingsarresten. Vier klachten heeft de beklagcommissie formeel gegrond verklaard.

Oordeel

Het disciplinair beleid van de Pompekliniek en de uitvoering daarvan, voldoen aan de normen en verwachtingen van de IST. De borging voldeed ten tijde van het inspectiebezoek overwegend. Die borging zal verder verbeteren als het kliniekbrede voornemen wordt gerealiseerd om per afdeling periodieke overzichten op te gaan stellen van de opgelegde separatiemaatregelen. Die monitoring maakt het mogelijk om algemene ontwikkelingen in het separeren te signaleren evenals mogelijke ongewenste verschillen tussen afdelingen.

2.7

Omgang met tbs-gestelden

Criterium

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 kliniek heeft het beleid met betrekking tot de omgang met de tbs-gestelden onder meer vastgelegd in een inwerkprotocol. Daarin komen onderwerpen aan de orde zoals kledingkeuze, de manier van aanspreken van patiënten en de professionele afstand die je tot patiënten moet bewaren. De kliniek heeft de gewenste manier van omgang op clusterniveau verder uitgewerkt. Het beleid is bekend bij de medewerkers.

De in 2006 afgenomen patiëntensurvey laat zien dat de tbs-gestelden redelijk tevreden zijn over de houding van de groepsleiding. In 2008 is onder patiënten van het cluster psychotici opnieuw een patiënttevredenheidsonderzoek gehouden. De uitkomsten van dit onderzoek bevestigen de eerdere onderzoeksresultaten. De geïnterviewde tbs-gestelden ervaren geen discriminatie door medewerkers. Hoewel het algemene oordeel over de houding van het personeel positief is, hebben de tbs-gestelden op enkele aspecten van de bejegening kritiek. Zij voelen zich niet altijd even serieus genomen, in het bijzonder door relatief jonge en onervaren sociotherapeuten. Medewerkers en leidinggevenden bevestigen dat jonge sociotherapeuten relatief meer moeite hebben om op een ontspannen manier en met voldoende gezag met de doorgaans oudere patiënten om te gaan. De kliniek besteedt hier tijdens de inwerkperiode van nieuwe medewerkers extra aandacht aan. Dat gebeurt ook tijdens supervisie- en intervisiebesprekingen.

De commissie van toezicht ontvangt ook signalen van onvrede over jong, nieuw en onervaren personeel. In het algemeen heeft de commissie echter geen ernstige zorgen over de bejegening van patiënten door het personeel.

Enkele patiënten vroegen specifiek aandacht voor de trage reactie van de kliniek bij

acute, ernstige gezondheidsklachten. Als een patiënt dringend ziekenhuishulp nodig heeft, moeten verschillende partijen binnen de kliniek hiervoor toestemming geven. Daarmee zou veel tijd verloren gaan. De directie is op de hoogte van de zorgen van enkele patiënten hierover, maar vindt deze niet terecht. De te volgen procedure bij medisch noodzakelijke behandelingen buiten de Pompekliniek is vastgelegd in een protocol. De daarbij betrokken partijen zijn altijd bereikbaar. Bij ernstige acute klachten kan de getrapte besluitvormingsprocedure zonodig worden overgeslagen en kan direct de ambulancedienst worden gebeld. Naar aanleiding van het inspectiebezoek heeft de kliniek dit laatste ook vastgelegd in het betreffende protocol.

De kliniek heeft de correcte bejegening van patiënten op verschillende manieren geborgd. Zo komt dit onderwerp in het teamoverleg en tijdens intervisie- en supervisiebesprekingen aan de orde. Verder evalueert de kliniek deze bejegening door middel van periodieke patiënttevredenheidsonderzoeken.

Oordeel

Medewerkers in de Pompekliniek gaan overwegend respectvol en humaan met tbs-gestelden om. De daarbij geldende uitgangspunten zijn beschreven. Ook heeft de kliniek de juiste omgang met patiënten geborgd.

2.8

Functioneren bemiddelings- en beklagprocedure

criterium

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 2007 hebben de tbs-gestelden uit de Pompekliniek in Nijmegen in totaal 251 klachten ingediend bij de beklagcommissie van de commissie van toezicht (cvt), waarvan er 16 gegrond zijn verklaard. In 2008 is dit aantal gedaald tot 180 klachten, waarvan er 4 (deels) gegrond zijn verklaard. Bij 123 van de 180 klachten heeft bemiddeling door de maandcommissaris van de cvt plaatsgevonden. De meeste klachten betroffen kamerafzondering, afdelingsarrest en separatie, financiën en personeel.

Als onderdeel van het themaonderzoek dat de Ist in 2008 heeft gedaan naar de werkwijze van de commissies van toezicht bij justitiële inrichtingen (Ist, januari 2009), is ook de doorlooptijd van de afhandeling van beklagzaken in de Pompekliniek geanalyseerd. Die bedroeg over 2007 gemiddeld 151 dagen. In 2008 was deze termijn teruggebracht tot gemiddeld 128 dagen. Deels wordt de lange doorlooptijd veroorzaakt doordat de kliniek veel tijd nodig heeft om een wederhoorreactie te geven op een klacht. In 2007 duurde dat gemiddeld 64 dagen; in 2008 49 dagen.

Tbs-gestelden worden niet belemmerd als zij in beklag willen gaan en zij zijn tevreden over de zorgvuldigheid waarmee de beklagcommissie klachten behandelt. Tbs-gestelden kunnen bij het indienen van een klacht gebruik maken van een

standaardformat, waarop zij ook kunnen aangeven of zij prijs stellen op bemiddeling door de maandcommissaris. De secretaris van de cvt speelt klachten die voor bemiddeling in aanmerking komen, door naar de maandcommissaris. De maandcommissaris houdt tweewekelijks een inloospreekuur. Tbs-gestelden hoeven daarvoor geen schriftelijk verzoek in te dienen, maar kunnen vrij binnenlopen. De kliniek kondigt de tijdstippen aan waarop de maandcommissaris spreekuur houdt. Sinds twee jaar stelt de patiëntenraad zich beschikbaar om te bemiddelen en daarmee te voorkomen dat een formele beklagprocedure wordt ingezet.

Het grote aantal beklagzaken is voor zowel de cvt als de directie onderwerp van evaluatie geweest. De leiding van de kliniek vindt dat er te snel gebruik wordt gemaakt van een formele beklagprocedure. Medewerkers en leidinggevenden zouden meer moeite moeten doen om meningsverschillen door middel van bemiddeling op te lossen.

Oordeel

De in de huisregels beschreven beklagprocedure voldoet aan de eisen. Voor wat betreft de uitvoering is dat slechts in beperkte mate het geval. Het aantal klachten is weliswaar in 2008 verminderd ten opzichte van 2007, maar het volume is nog steeds groot. Zeker als wordt bedacht dat in 2008 uiteindelijk slechts circa 3% van de beklagzaken gegrond is verklaard, zou er binnen de kliniek nog sterker ingezet kunnen worden op een informele klachtafhandeling. Ook duurt de afhandeling van klachten nog steeds te lang: 128 dagen is aanzienlijk langer dan de wettelijke norm van 28 dagen en in bijzondere gevallen 56 dagen.¹⁰ Deels is de kliniek hiervoor verantwoordelijk. Het duurt te lang voordat de kliniek een schriftelijk verweer bij de beklagcommissie indient. De borging van de bemiddelings- en beklagprocedure is overwegend op orde. Weliswaar bezien kliniek en cvt hoe zij het aantal klachten terug kunnen dringen, maar een systematische monitoring van de doorlooptijden is gewenst.

Aanbevelingen

Aan de kliniek:

Zet sterker in op informele afhandeling van klachten binnen de kliniek.

Aan de kliniek en de commissie van toezicht:

- Monitor de doorlooptijden van de verschillende processtappen in de beklagprocedure.
- Bezie verdere mogelijkheden om de beklagprocedure en de wederhoorreactie van de kliniek te versnellen.

2.9

Medezeggenschap

Criterium

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.

¹⁰ Bedacht moet worden dat in de berekende afhandelingstermijn de periode van een eventuele bemiddeling is verdisconteerd. Wettelijk dient deze periode in mindering worden gebracht op de afhandelingstermijn. De overschrijding van de wettelijk vastgestelde maximale afhandelingstermijn wordt hier echter niet door teniet gedaan.

Bevindingen

De huisregels van de Pompekliniek beschrijven de medezeggenschap van tbs-gestelden in de vorm van een patiëntenraad. De patiëntenraad is een afvaardiging van de verpleegden in de kliniek, die maandelijks met de directie overlegt over het woon- en werkklimaat, het verblijf in de kliniek en de regels en afspraken die nodig zijn om het verblijf zo goed mogelijk te laten verlopen.

In de patiëntenraad zitten vertegenwoordigers van de vestiging in Nijmegen en vertegenwoordigers uit de dependances in Vught en Zeeland (De Corridor). Voor het contact met de directie worden de patiënten uit Vught en Zeeland naar Nijmegen vervoerd. Tussentijds is er regelmatig telefonisch contact met vertegenwoordigers van de tbs-gestelden in de dependances. Inhoudelijk verloopt het overleg met de directie goed.

De opzet van de medezeggenschap is onderwerp van evaluatie. De inbreng van tbs-gestelden uit de dependances in Vught en Zeeland verloopt niet goed. Dit is onder andere het gevolg van het feit dat het onderlinge contact vooral telefonisch gaat. Daardoor worden de in die vestigingen bestaande knelpunten onderbelicht. Patiëntenraad en directie van de Pompekliniek zijn in gesprek over een nieuwe opzet van de medezeggenschap. De gedachten gaan ernaar uit dat er per vestiging en/of per cluster een aparte bewonerscommissie komt, die vertegenwoordigers afvaardigt naar een centrale kliniekrad die enkele malen per jaar vergadert.

Oordeel

De medezeggenschap is formeel geregeld, maar voldoet in de praktijk slechts in beperkte mate. De inbreng van de externe vestigingen van de Pompekliniek komt onvoldoende tot zijn recht. Dit is onderwerp van evaluatie. In dit opzicht functioneert de borging van de medezeggenschap.

Aanbeveling

Neem op korte termijn maatregelen om de medezeggenschap van patiënten in de verschillende vestigingen van de Pompekliniek beter tot zijn recht te laten komen.

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

Er is een procedure waarin is beschreven welke inrichtingsfunctionarissen welke rol vervullen bij het uitbrengen van een advies over de verlenging van de TBS. De kliniek heeft een systeem van signaallijsten waarmee rapportagemedewerkers de termijnen voor verlengingsadviezen bewaken.

De bewaking van de termijnen is strak. De kliniek dient verlengingsadviezen zelden te laat in.

Er is een proceseigenaar aangewezen binnen de kliniek die verantwoordelijk is voor het evalueren en zonodig bijstellen van de procedure voor het uitbrengen van verlengingsadviezen. Het tijdig indienen van verlengingsadviezen is verder door middel van de bovengenoemde signaallijsten geborgd.

Oordeel

De procedure voor het uitbrengen van verlengingsadviezen is beschreven en geborgd. Ook de uitvoering is op orde; de termijnen worden vrijwel altijd gehaald.

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

De kliniek heeft een beschreven procedure voor de screening en selectie van longstaypatiënten. Ook de processen die tijdens het verblijf op de longstay-afdelingen van toepassing zijn, heeft de kliniek in het kwaliteitshandboek vastgelegd.

De kliniek volgt de standaardprocedure voor het aanvragen van een longstay-plaatsing. De Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) toetst het advies van de kliniek. Vervolgens wordt de patiënt gehoord, waarna de Dienst Justitiële Inrichtingen namens de minister van Justitie een definitieve plaatsingsbeslissing neemt. Elke twee jaar wordt in het kader van het aanvragen van een verlengingsadvies TBS gezien of een langer longstayverblijf noodzakelijk is.

De manager patiëntenzorg van het longstaycluster is verantwoordelijk voor het evalueren en zonodig bijstellen van de processen met betrekking tot de plaatsing en het verblijf op een longstay-afdeling. In het kader van het doorontwikkelen van het zorgprogramma longstay worden deze processen thans op onderdelen aangepast.

Oordeel

Met betrekking tot de plaatsing op een longstayvoorziening voldoen beleid, uitvoering en borging aan de gestelde eisen.

2.12 Conclusie

Met betrekking tot het aspect rechtspositie en bejegening voldoet de Pompekliniek overwegend tot volledig op de meeste van de onderscheiden elf criteria. De Inspectie heeft een beperkt aantal (mogelijke) verbeterpunten gesignaleerd. De belangrijkste daarvan betreffen het zoveel mogelijk gelijkschakelen van de regels op alle afdelingen (inclusief de locaties buiten Nijmegen), de manier waarop de medezeggenschap van tbs-gestelden is georganiseerd, het grote aantal beklagzaken en de lange afhandelingstijd daarvan.

3 Interne veiligheid

In dit hoofdstuk komen onderwerpen aan de orde die betrekking hebben op de interne veiligheid in de Pompekliniek. De eerste paragraaf gaat in op het veiligheidsbeleid bij calamiteiten (3.1). Daarna volgen achtereenvolgens paragrafen over de ontmoediging van het drugsgebruik (3.2), de bestrijding van eventuele agressie van tbs-gestelden (3.3.) en het integriteitbeleid (3.4). Ook dit hoofdstuk sluit af met een conclusie.

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 Dienst Justitiële Inrichtingen heeft een raamwerk opgesteld voor de beheersing van eventuele calamiteiten. De Pompekliniek heeft sinds heel kort een calamiteitenplan dat voldoet aan de door DJI gestelde eisen. Voor al zijn gebouwen beschikt de Pompekliniek over een gebruikersvergunning.

Alle patiëntenkamers beschikken over een rookmelder en een spreek-luisterverbinding. Een belangrijke brandveiligheidseis is verder dat medewerkers binnen twee minuten bij de brandhaard moeten kunnen zijn. Aan deze eis wordt voldaan. Ook heeft de Ist vastgesteld dat de blusmiddelen binnen de kliniek toegankelijk zijn.

De Pompekliniek heeft een operationele BHV-organisatie. De portiers en medewerkers van de technische dienst zijn allemaal BHV-opgeleid. Dat geldt niet voor alle sociotherapeuten. De kliniek zorgt er wel voor dat er op alle tijdstippen voldoende getrainde medewerkers in dienst zijn. De zorgmanagers van de kliniek zullen in 2009 een opleiding tot BHV-ploegleider gaan volgen.

In 2009 zal er ook een speciaal hoofd BHV worden aangesteld, echter niet alleen voor de Pompekliniek maar ook voor andere onderdelen van de stichting Pro Persona. Dat de aanstelling van een afzonderlijke BHV-coördinator op zich heeft laten wachten, is een gevolg van het fusieproces waarbij de kliniek steeds verdergaand samenwerkt met andere GGz-instellingen.

Een- tot tweemaal per jaar vindt er samen met de brandweer een calamiteitenoefening plaats. Daarnaast zijn er interne oefeningen waarbij elke afdeling minstens eenmaal per jaar aan de beurt komt. In het onlangs vastgestelde calamiteitenplan voor de Pompekliniek is een jaarplan opgenomen voor calamiteitenoefeningen in 2009. Dit oefenjaarplan was ten tijde van het inspectiebezoek nog niet definitief vastgesteld. Het voornemen is om ook een gijzelingsoefening te gaan houden.

Voor wat betreft de borging van de bedrijfshulpverlening is relevant dat de Dienst Justitiële Inrichtingen begin 2007 een zogeheten BHV-scan heeft laten verrichten. De conclusie daarvan was dat de kliniek in de breedte voldoet aan de gestelde eisen, maar dat er nog wel diverse aandachtspunten zijn. Inmiddels zijn deze knelpunten voor een belangrijk deel opgelost, zij het soms met de nodige vertraging.

Verder is in 2003 is voor het laatst een integrale Risico Inventarisatie en –Evaluatie (RI&E) uitgevoerd in de Pompestichting. Het voornemen is om een nieuwe integrale RI&E in 2009 uit te voeren.

Oordeel

Het BHV-beleid van de Pompekliniek is inmiddels overwegend op orde. Dat geldt ook voor de uitvoeringspraktijk. De belangrijkste knelpunten uit de in 2007 verrichte BHV-scan zijn inmiddels opgelost.

De borging voldoet in beperkte mate. Een nieuwe integrale RI&E is hard nodig.

Aanbeveling

Geef prioriteit aan de voorgenomen Risico Inventarisatie en Evaluatie om eventuele nog bestaande knelpunten met betrekking tot de bedrijfshulpverlening te signaleren en op te lossen.

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

Er is een protocol voor het afnemen drugs- en alcoholcontroles. Dat protocol is als bijlage bij de huisregels gevoegd. Een belangrijk instrument om vast te stellen of tbs-gestelden beschikken over verboden middelen, is de kamercontrole. De huisregels bevatten hierover enkele algemene paragrafen. Er is geen specifieke instructie voor de manier waarop medewerkers een kamercontrole moeten uitvoeren.

Tbs-gestelden die bekend zijn als gebruiker worden wekelijks gecontroleerd.

Patiënten die in het verleden hebben gebruikt, worden eens per twee, drie of vier weken onaangekondigd op een willekeurig tijdstip gecontroleerd. Daarnaast vinden op indicatie controles plaats als het vermoeden bestaat dat een tbs-gestelde drugs en/of alcohol gebruikt.

Bij vastgesteld drugsgebruik of als een tbs-gestelde niet meewerkt aan een urinecontrole wordt standaard een drugsmaatregel opgelegd, die voor de betrokken patiënt forse beperkingen van zijn rechten tot gevolg heeft.

Kamercontroles vinden plaats volgens een rooster dat per afdeling in het teamoverleg wordt opgesteld. Per week wordt er op elke afdeling één kamer grondig gecontroleerd door de sociotherapeuten. Daarbij letten zij op de hygiëne, op de hoeveelheid geld die de tbs-gestelde in bezit heeft en op eventuele contrabande. Af en toe wordt een afdeling in zijn geheel uitgespit. Heel incidenteel wordt kliniekbreed een zoekactie opgezet.

Patiënten mogen in de deuropening aanwezig zijn bij een kamercontrole.

De kliniek beschikt niet over overzichten van de aantallen drugs- en alcoholcontroles, of de uitslagen daarvan; noch kliniekbreed, noch uitgesplitst per afdeling.

Oordeel

Het beleid met betrekking tot controles op alcohol- en drugsgebruik voldoet overwegend. Wat ontbreekt, is een nadere instructie hoe een kamercontrole dient

plaats te vinden. Het risico is nu dat elke medewerker dat naar eigen inzicht doet. Los daarvan is de uitvoering van de controles op orde.

De borging van het drugsbestrijdingsbeleid voldoet in beperkte mate. Een belangrijk gemis is het ontbreken van statistische monitoring (zowel kliniekbreed als op afdelingsniveau) van de aantallen drugs- en alcoholcontroles, inclusief de uitslagen daarvan. Omdat een systematisch inrichtingsbeeld van de drugsproblematiek en de ontwikkeling daarin ontbreekt, kan de vraag of het drugsbestrijdingsbeleid effectief is, nu niet worden beantwoord.

Aanbevelingen

- Stel een werkinstructie op voor het uitvoeren van kamercontroles.
- Breng zowel kliniekbreed als per afdeling periodiek de omvang van de drugs- en alcoholproblematiek in beeld teneinde de effectiviteit van het bestrijdingsbeleid te kunnen volgen en om zonedig het beleid bij te kunnen stellen.

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

In enkele afdelingsregels wordt aangegeven dat wederzijds respect tussen patiënten belangrijk is en dat onderling fysiek contact onwenselijk is, maar in de meeste afdelingsregels ontbreekt zo'n paragraaf. Ook zijn er protocollen voor de manier waarop medewerkers fysieke agressie moeten hanteren (zie paragraaf 2.2)

In de praktijk is de Pompekliniek een veilige inrichting. Dat blijkt onder meer uit de in 2006 gehouden patiëntensurvey. Het aantal geweldplegingen tussen tbs-gestelden onderling (n=6) en van patiënten tegen personeel (n=3) was in 2008 beperkt.

Op kwetsbare plaatsen in de kliniek is cameratoezicht.

Voor wat betreft de borging van de agressiebestrijding is relevant dat (de aanpak van) agressieve incidenten worden geregistreerd en geëvalueerd. Verder wordt door middel van de periodieke patiënttevredenheidsonderzoeken geverifieerd of tbs-gestelden zich veilig voelen binnen de kliniek.

Oordeel

Het agressiebestrijdingsbeleid voldoet overwegend. Wel geeft de ISt in overweging om in alle afdelingsregels een paragraaf op te nemen met betrekking tot het gewenste gedrag van patiënten. In dat verband is ook de eerdere aanbeveling relevant om de afdelingsregels zoveel mogelijk te stroomlijnen (zie paragraaf 2.1). Overigens is de inrichting veilig en is de bestrijding van agressie door patiënten geborgd.

Aanbeveling

Overweeg om in de huisregels of in alle afdelingsregels een standaardparagraaf op te nemen met betrekking tot het gewenste gedrag van tbs-gestelden.

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

De Pompekliniek heeft een integriteitsprotocol dat is vastgelegd in een aantal documenten dat deel uitmaakt van het kwaliteitshandboek van de kliniek. Daarin is helder beschreven wat in de omgang met patiënten niet is toegestaan.

Integriteit is één van de competenties die leidinggevenden in hun functioneringsgesprekken met sociotherapeuten aan de orde stellen. Kwesties als "afstand-nabijheid" ten opzichte van patiënten komen ook regelmatig aan de orde in supervisie- en intervisie gesprekken. Tijdens de inwerkperiode van nieuwe medewerkers is hiervoor bijzondere aandacht.

De personeelsbegeleiders van de kliniek fungeren als vertrouwenspersoon integriteit. In 2008 hebben medewerkers van de Pompestichting vijf maal een beroep gedaan op een vertrouwenspersoon integriteit. Er hebben zich de afgelopen tijd geen ernstige integriteitsincidenten voorgedaan.

Periodiek wordt vastgesteld of het integriteitsbeleid moet worden bijgesteld. Periodieke evaluatie van kritische processen is een voorwaarde voor de HKZ-certificering.

Oordeel

Het integriteitsbeleid is beschreven en krijgt in de uitvoering volop aandacht. Het beleid wordt periodiek geëvalueerd en is daarmee geborgd.

3.5 Conclusie

De Pompekliniek is een veilige inrichting. Er zijn calamiteitenplannen, drugs worden bestreden en er is weinig agressie binnen de kliniek. Op enkele onderdelen kan het interne veiligheidsbeleid verder worden aangescherpt. Zo is het zaak om in 2009 prioriteit te geven aan de uitvoering van een integrale RI&E, is het wenselijk om een werkinstructie op te stellen voor de uitvoering van kamercontroles en kan de effectiviteit van het drugsbestrijdingsbeleid beter worden gemonitord. Ook geeft de Ist in overweging om in de afdelingsregels of in de huisregels standaard een paragraaf op te nemen met betrekking tot het gewenste gedrag van tbs-gestelden.

4 Maatschappijbeveiliging

Maatschappijbeveiliging is een belangrijke functie van de TBS. Dit hoofdstuk gaat na hoe de Pompekliniek voorkomt dat tbs-gestelden tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel kunnen ontluchten (4.1) of zich tijdens verlof aan het toezicht kunnen onttrekken (4.2.). Aan het eind van dit hoofdstuk volgt een algemene conclusie.

4.1 Materiële beveiliging tegen ontluchtingen

Criterion

Het fpc treft alle noodzakelijke maatregelen om ontluchtingen 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 resp. werking van procedures en systemen wordt stelselmatig gecontroleerd, geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Bevindingen

De Pompekliniek heeft de nodige protocollen voor werkprocessen die relevant zijn voor de beveiliging. Ten tijde van het inspectiebezoek was er nog geen definitief vastgesteld toegangsbeleid voor de Pompekliniek. Wel was er een concept-toegangsregeling die al met de ondernemingsraad was besproken. De Ondernemingsraad is ermee akkoord gegaan, maar dient nog wel te adviseren over het implementatieplan waarin uiteindelijk wordt bepaald hoe de toegangsregeling in de praktijk precies vorm zal krijgen. De nieuwe toegangsregeling schrijft onder meer voor dat patiëntbezoekers en patiënten die terugkeren van verlof altijd een metaaldetectiepoort en bagagescanner passeren. Bij ambtelijke bezoekers en kliniekmedewerkers worden deze controles steekproefsgewijs uitgevoerd.

De kliniek heeft een omtrekbeveiliging die voldoet aan de eisen van de Dienst Justitiële Inrichtingen. Verder is het complexterrein gecompartmenteerd. Delen van het terrein waar patiënten uit veiligheidsoverwegingen niet mogen komen, zijn door middel van hekken afgescheiden. Het terrein wordt periodiek gecontroleerd op aanwezige contrabande. Daarbij wordt overigens weinig gevonden.

De statische beveiligingsvoorzieningen, de sluiswerking en de buiten- en binnencamera's werken naar behoren en bij storingen en defecten vindt herstel snel plaats.

Patiënten die in de gesloten afdelingen van de kliniek verblijven, mogen niet over een mobiele telefoon beschikken. Af en toe wordt met behulp van een zogenaamde mobifinder gecontroleerd of er mobiele telefoons in de inrichting aanwezig zijn.

De regelgeving voor medewerkers wordt gezien op werking en actualiteit. Daarvoor zijn proceseigenaren aangewezen. De piepers worden dagelijks getest op hun werking.

Of de beveiliging van de kliniek op orde is, wordt door de kliniek zelf geëvalueerd. 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

De materiële beveiliging tegen ontluchtingen van de Pompekliniek is op orde. Dat geldt zowel voor het beleid, als de uitvoering en de borging van kritische veiligheidsprocessen. De Ist gaat er daarbij van uit dat het nieuwe toegangsbeleid,

inclusief de steekproefsgewijze controle van ambtelijke bezoekers en kliniekmedewerkers, in 2009 daadwerkelijk zal worden ingevoerd.

4.2 Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij

Criterion

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. Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij

Bevindingen

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op de wijze waarop de verlofmachtiging wordt aangevraagd en hoe vervolgens de uitvoering van het verlof is geregeld. Daarna komen het transmuraal verlof en proefverlof aan de orde.

Verlofmachtiging

Het proces van aanvraag verlofmachtiging tot de daadwerkelijke uitvoering van een verlof is beschreven in het Kwaliteitshandboek dat voor alle medewerkers toegankelijk is via intranet. In dit elektronische handboek zijn op overzichtelijke wijze alle deelprocessen in kaart gebracht, inclusief stroomschema's, verwijzingen naar van toepassing zijnde wet- en regelgeving en benodigde formulieren.

Het initiatief om een verlofmachtiging aan te vragen komt uit het behandelteam. Het besluit daartoe wordt genomen in een behandelplanbespreking, waar de patiënt vaak zelf bij aanwezig is. De behandelcoördinator (BC) schrijft de verlofaanvraag volgens het landelijke format.¹¹

Vaste onderdelen van de verlofaanvraag zijn de risicoanalyse en het risicomangement. Voor de risicoanalyse worden de landelijk gebruikelijke risicotaxatie-instrumenten gebruikt. De risicoanalyse wordt voor iedere patiënt jaarlijks geactualiseerd; voor een verlofaanvraag mag deze maximaal een half jaar oud zijn. De risicoanalyse wordt op basis van consensus vastgesteld in een bespreking van de behandelcoördinator, de mentor van de patiënt en een diagnosticus/onderzoeker die geen persoonlijk contact heeft met de patiënt. Het risicomangementplan is gebaseerd op het behandelplan, de delictdiagnostiek, de risicotaxatie en het verlofplan.

De behandelcoördinator legt de verlofaanvraag ter intercollegiale toetsing voor in het patiëntenoverleg met behandelcoördinatoren en zorgmanagers van het betrokken behandelcluster. Voor de longstay geldt dat de behandelcoördinator de verlofaanvragen schrijft en deze met de clustermanager bespreekt. Op basis van de bespreking wordt de aanvraag zonodig aangepast en vervolgens doorgestuurd naar de Centrale verlofcommissie Pompestichting (CVC). De CVC behandelt zowel nieuwe verlofaanvragen als verlofevaluaties. Omdat de termijnen voor de verlenging verlofmachtiging vast staan, worden deze met voorrang behandeld. Dit betekent dat het wel eens voorkomt dat verlofaanvragen

¹¹ Het format is gebaseerd op de Circulaire Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden van DJI, 2007

doorschuiven naar een volgende vergadering. De bewaking van de termijnen ligt bij de behandelcoördinator die hierin wordt ondersteund door een behandelrapporteur. De CVC komt tweewekelijks bijeen in een wisselende samenstelling. De psychiater, die tevens voorzitter is, een psycholoog en een wetenschappelijk medewerker zijn vaste leden. De functiegroepen behandelcoördinator, zorgmanager en clustermanager werken met roulerende deelnemers.

De CVC toetst de aanvragen op consistentie, volledigheid, begrijpelijkheid en taalgebruik en beslist op basis van consensus of een verlofaanvraag definitief kan worden ingediend. De geneesheer-directeur ondertekent alle verlofaanvragen. Van de 97 aanvragen die in 2008 bij de CVC zijn ingediend en beoordeeld werd tien procent afgewezen. Nog eens tien procent van de aanvragen werd met aanwijzingen om de aanvraag op essentiële onderdelen te herzien terugverwezen. Na herziening zijn deze opnieuw behandeld en vervolgens goedgekeurd. De verlofevaluaties werden nagenoeg allemaal door de CVC goedgekeurd. Van de aanvragen die in 2008 bij het ministerie van Justitie zijn ingediend doorgestuurd, is vijf procent afgewezen. De verlofevaluaties/verlengingsmachtigingen zijn allemaal goedgekeurd.

De CVC bespreekt in haar vergadering de door het ministerie afgewezen verlofaanvragen en evalueert jaarlijks de werkwijze van de commissie. Naar aanleiding van evaluaties wordt de werkwijze bijgesteld. Zo is er voor de behandelcoördinatoren een leidraad ontwikkeld voor het schrijven van de verlofaanvraag en -evaluatie, is er besloten tot roulerende deelname van de clustermanagers en wordt de indienende behandelcoördinator aanwezig te zijn bij de bespreking van zijn aanvraag. De CVC constateert dat de kwaliteit van de verlofaanvragen hierdoor is toegenomen.

Verlofuitvoering

De werkwijze en procedures voor de uitvoering van het verlov zijn evenals het proces aanvraag verlofmachtiging opgenomen in het Kwaliteitshandboek dat voor alle medewerkers digitaal toegankelijk is. Sociotherapeuten geven aan dat zij goed op de hoogte zijn van de werkzaamheden die betrekking hebben op de verlofuitvoering.

Als de verlofmachtiging door het ministerie is verstrekt worden er passend binnen de machtiging en het behandelplan concrete verlofmomenten gepland. Het is geen standaard gebruik om te starten met beveiligd begeleid verlov. Dit is, mits goed gemotiveerd, niet altijd noodzakelijk. Wie de tbs-gestelde begeleidt in de fase van begeleid verlov is zowel afhankelijk van de patiënt als de fase waarin de behandeling zich bevindt. Beveiligd begeleid verlov wordt altijd uitgevoerd door een medewerker Dienst Vervoer & Ondersteuning van DJI in de rol van beveiligger en een medewerker van de kliniek in de rol van begeleider.

De begeleiding van een begeleid verlov wordt in de beginfase veelal gedaan door sociotherapeuten van de eigen afdeling. In een latere fase kan de begeleiding geschieden door een medewerker van de verlovbegeleidingsdienst binnen de kliniek. Bij de verlovbegeleidingsdienst werken medewerkers die specifiek voor deze taak een beperkt aantal uren aan de kliniek zijn verbonden. Zij hebben een speciale training gevolgd waarmee zij toegerust zijn om tbs-gestelden te begeleiden tijdens verlov. De SamenUitSamenThuis(SUST) -training die ook sociotherapeuten gevolgd moeten hebben alvorens zij verlov mogen begeleiden, maakt onderdeel uit van het trainingsprogramma.

Op de dag dat het verlov plaatsvindt, wordt het verlov en de gemoedstoestand van de patiënt in het ochtendronde op de afdeling besproken. Dit vormt als het ware een laatste verlovtoets. Voor elke tbs-gestelde is een signalerings- en/of terugvalpreventieplan gemaakt dat heel concreet laat zien welke "danger signs" er zijn. Er worden standaard vier fasen onderscheiden: geen, laag, midden en hoog risico. Alleen in de laagste risicofase wordt daadwerkelijk verlov verleend.

Voorafgaande aan het verlofmoment spreekt een sociotherapeut met de tbs-gestelde het verlov aan de hand van een checklist voor. Wanneer het verlov begeleid wordt door een medewerker van de verlovbegeleidingsdienst is deze hierbij aanwezig.

Binnen de kliniek zijn ten behoeve van de uitvoering van het verlov verschillende checklists en formulieren in omloop. Deze kunnen qua inhoud en vorm per cluster, maar ook per afdeling verschillen. Er zijn standaardformulieren met daarop vaste items, maar ook zijn er op de persoon toegespitste formulieren met specifieke aandachtspunten. Het ene formulier is een afvinklijst; het andere heeft open vragen die men langsloopt.

Na het voorgesprek ondertekenen de sociotherapeut en eventuele begeleider de verlofpas en reiken zij deze uit aan de tbs-gestelde. Bij de portier vindt de laatste controle plaats aan de hand van de verlofpas en het door de portier ontvangen overzicht van ingeplande verloven.

Bij terugkomst van het verlov wordt standaard iedere tbs-gestelde gedetecteerd. At random worden tassen en portemonnaies gecontroleerd, alleen op indicatie vindt foullering plaats.

Een sociotherapeut spreekt het verlov na met de tbs-gestelde. Indien van toepassing is de begeleider van de verlovbegeleidingsdienst hierbij aanwezig. Van de bespreking wordt een kort verslag gemaakt. De uitgevoerde verloven komen ook weer ter sprake in het eerstvolgende ochtendronde.

De medewerkers van de verlovbegeleidingsdienst maken voor hun dienstonderdeel ook nog een eigen verslag. De behandelrapporteurs verwerken de verlovverslagen in hun rapportages. Verloven zijn onderdeel van de behandeling en komen in die hoedanigheid ook terug in behandelplanevaluaties. De wijze waarop verloven verlopen, vormen mede aanleiding om behandelplannen en daarmee verlovplannen aan te passen.

Onbegeleid en transmuraal verlov

De Pompekliniek telt binnen haar afdeling Resocialisatie en Nazorg (R&N) een 40-tal plaatsen voor tbs-gestelden die in de laatste fase van hun behandeling zitten. Daarbinnen onderscheiden zich verschillende gradaties van verlov in het kader van onbegeleid of transmuraal verlov. Op het moment dat de IST de kliniek bezocht was er sprake van onderbezetting van plaatsen. Medewerkers gaven aan dat de terughoudendheid om verlov te verlenen aan tbs-gestelden hier debet aan is.

Binnen de hekken van de kliniek is een tijdelijke behuizing, "de Binnenrun" die uit een aantal gestapelde containers bestaat. Ten tijde van de doorlichting huisvestte de Binnenrun acht bewoners die in de onbegeleide verloffase zitten. Er wordt toegewerkt naar transmuraal verlov. De bewoners hebben in principe hun dagbesteding buiten de kliniek, al is het op basis van het behandelplan ook mogelijk om nog binnen de kliniek aan activiteiten deel te nemen. De bewoners kunnen met een verlofpas die gekoppeld is aan specifieke activiteiten de kliniek verlaten. Op de Binnenrun is gedurende de dag en avond altijd een staf lid aanwezig.

Net buiten het hek, maar met direct zicht vanuit de kliniek is een woonvoorziening, die "de Buitenrun" of Meander wordt genoemd. Meander telt wooneenheden, op het moment van de doorlichting waren vijftien plaatsen bezet. De gemiddelde bezetting over 2008 bedroeg tien plaatsen. Binnen Meander wonen naast tbs-gestelden die in de transmurale verloffase zitten, tbs-gestelden met een ongebeide verlofstatus. Bewoners van Meander hebben hun werk en activiteiten buiten de kliniek. Er zijn binnen deze voorziening geen verplichte groepsactiviteiten meer.

R&N beschikt daarnaast binnen Nijmegen en directe omgeving over een aantal woningen en ingekochte plaatsen bij een RIBW of de GGz-instelling Iriszorg.

In de transmurale fase vindt er nog regelmatig contact en toezicht plaats door stafleden. Tbs-gestelden worden regelmatig gecontroleerd op aanwezigheid op afgesproken plaatsen, druggebruik en overtreding van voorwaarden. Een individuele trajectbegeleider onderhoudt in principe het contact met de werkgever; een "verklaring omtrent gedrag" wordt niet standaard gevraagd.

Tijdelijke terugplaatsingen bij wijze van "time-out" komen regelmatig voor. In 2008 waren er vijftien terugplaatsingen verdeeld over elf tbs-gestelden. In één geval werd de machtiging transmuraal verlof ingetrokken, in de andere gevallen kon de tbs-gestelde na een tijdelijk verblijf in de kliniek terugkeren naar de transmurale voorziening.

Proefverlof

De keuze om vanuit transmuraal verlof naar proefverlof of voorwaardelijke beëindiging te gaan wordt genomen op behandelinhoudelijke gronden. Het is binnen de Pompekliniek wel steeds meer praktisch dat er voor het traject transmuraal – voorwaardelijke beëindiging wordt gekozen. In 2006 zijn vijf nieuwe proefverloven gestart en in 2007 drie. In 2008 zijn geen nieuwe proefverloven gestart. Wel waren er in dat jaar nog zes mensen met proefverlof uit voorgaande jaren. In de maanden januari tot en met maart 2009 zijn evenals in 2008 geen nieuwe proefverloven verleend. De directie heeft de Inspectie verzekerd dat dit geen gevolg is geweest van bewust terughoudend beleid met betrekking tot het verlenen van proefverlof.

Als uitvloeisel van de zogenoemde Commissie-Visser is een nieuw model voor Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT) ontwikkeld dat in nagenoeg alle fpc's wordt getest. De Pompekliniek neemt aan deze pilot deel. Onderdeel van de nieuwe aanpak is dat de contactpersoon van de reclassering¹² steeds vaker al in de intramurale fase wordt betrokken. Dit gebeurt door deel te nemen aan de behandelplanbespreking bij de aanvraag van het transmuraal verlof. Bij de voorbereiding van de transmurale fase wordt dan al vooruit gekeken hoe de rol van de reclassering in een volgende fase¹³ vorm kan krijgen.

Het bestaande samenwerkingsconvenant tussen de Pompekliniek en Iriszorg dateert van 2007. Dit convenant is inmiddels achterhaald door de invoering van het FPT. Er komt een nieuw samenwerkingsprotocol dat daarop is gebaseerd en waarin het reclasseringsproces wordt vastgelegd.

De samenwerking tussen IrisZorg en de kliniek is goed. De samenwerking in het kader van de pilot FPT zal wetenschappelijk worden geëvalueerd.

¹² Deze medewerker is verbonden aan IrisZorg, dat is een erkende organisatie voor verslavingszorg en -reclassering in het arrondissement Arnhem en Zutphen. De contactpersoon van de reclassering is de liaison met de andere reclasseringsorganisaties.

¹³ Dit kan zowel op basis van proefverlof als voorwaardelijke beëindiging TBS.

Oordeel

De IST oordeelt op basis van haar bevindingen dat het verlofbeleid van de Pompekliniek voldoet. De kliniek heeft op heldere en overzichtelijke wijze alle procedures van aanvraag verlofmachtigingen tot en met de uitvoering van verloven vastgelegd. De processen zijn ook geborgd.

De uitvoering van het verlofbeleid is overwegend op orde. Er is binnen de kliniek geen uniforme werkwijze om direct voorafgaande aan een verlof vast te stellen of er "danger signs" zijn. De hiervoor ontwikkelde checklists verschillen qua inhoud en vorm per cluster en per afdeling. Voor medewerkers van de verlofbegeleidingsdienst die voor alle afdelingen verloven begeleiden, kan dit verwarring veroorzaken. Verder signaleert de IST dat de afgelopen periode geen proefverlof is verleend. De meest aannemelijke verklaring hiervoor is gelegen in het over de gehele linie terughoudender verlofbeleid. Daardoor neemt ook het aantal proefverloven af, evenals trouwens de uitstroom uit de TBS.

Aanbeveling

Voer voor de hele kliniek een uniforme checklist in ten behoeve van de voor- en nabespreking van verlof.

4.3

Conclusie

Op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet de Pompekliniek over nagenoeg de hele linie aan de normen en verwachtingen van de IST. Ervan uitgaande dat het voorgestelde nieuwe toegangsbeleid in 2009 ingevoerd wordt, is de materiële beveiliging op orde. De procedures met betrekking tot het aanvragen en uitvoeren van verlof zijn zorgvuldig. Wel pleit de Inspectie voor het kliniekbreed invoeren van een standaardchecklist ten behoeve van de voor- en nabespreking van verlof. Nu werken clusters en afdelingen nog met verschillende checklists en dat kan verwarring veroorzaken.

5 Organisatieaspecten

De Inspectie heeft niet tot taak de bedrijfsvoering en het organisatorisch functioneren van justitiële inrichtingen door te lichten. Er zijn echter twee organisatieaspecten die een zodanig direct effect hebben op de primaire processen binnen de kliniek, dat de Ist die in haar onderzoek betreft. Het gaat om de vraag of de personeelsbezetting kwantitatief en kwalitatief op orde is (5.1) en om de kwaliteit van de interne informatie-uitwisseling (5.2).

5.1 Personeelsmanagement

Criterion

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

Kwantitatieve personeelsbezetting

Er waren ten tijde van het inspectiebezoek geen grote problemen met het vervullen van vacatures voor sociotherapeuten. De vacatures die er waren hadden vooral te maken met de werving van personeel voor de nieuwe longstayvoorziening 'De Corridor'. Alleen vacatures in het segment van hoger opgeleide gedragsdeskundigen (psychiaters, behandelcoördinatoren) zijn lastig te vervullen. Ook is het verloop onder de behandelcoördinatoren de afgelopen periode relatief groot geweest.¹⁴

De kliniek is zich terdege bewust van de toekomstig te verwachten krapte op de arbeidsmarkt en ontwikkelt proactief beleid om die krapte te kunnen opvangen. Enerzijds wil zij daartoe het verloop terugdringen en medewerkers aan de kliniek binden door binnen de organisatie meer opleidings- en carrièremogelijkheden te bieden. Anderzijds beziet zij of het mogelijk is de taken van sociotherapeuten uit te zuiveren door administratieve en beveiligingswerkzaamheden anders of efficiënter te organiseren, bijvoorbeeld door het gebruik van elektronische middelen.¹⁵

Ziekteverzuim is een factor die de werkdruk op de afdelingen kan verhogen. Over 2008 was het ziekteverzuim aan de hoge kant. Voor het cluster persoonlijkheidsstoornissen was het ziekteverzuimpercentage 6,3%, voor het cluster psychotici ging het om 10,5% en op de longstayafdelingen was het 8%. Het op sommige afdelingen grote ziekteverzuim is er mede oorzaak van dat een aantal sociotherapeuten waarmee de Ist heeft gesproken een hoge werkdruk ervaart. Die hoge werkdruk was ook al geconstateerd in het in 2006 gehouden

¹⁴ In 2008 bedroeg het totale personeelsverloop in de Pompekliniek 17 medewerkers, waarvan negen medewerkers uit het cluster psychosebehandeling en acht uit het cluster longstay.

¹⁵ Uit een intern uitgevoerd onderzoek op drie behandelafdelingen is naar voren gekomen dat de sociotherapie op alle drie afdelingen ongeveer 70% van de tijd besteedt aan beveiliging en administratie en slechts 30% aan behandeling en begeleiding (bron: 3^e viermaandsrapportage 2008, Pompestichting)

medewerkerstevredenheidsonderzoek. De directie is zich bewust van het hoge ziekteverzuim in een aantal clusters en analyseert de oorzaken ervan.

Functioneren medewerkers

Op verschillende manieren besteedt de kliniek aandacht aan de functionele ontwikkeling van haar medewerkers. Er is een speciaal inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers. De kliniek investeert ook na de inwerkperiode in deskundigheidsbevordering van het inrichtingspersoneel. Dat gebeurt door het bieden van opleidingsmogelijkheden, maar ook door middel van supervisie en intervisie.

Er zijn stafmedewerkers personeelsbegeleiding in de Pompekliniek die hierbij een ondersteunende taak hebben. Behalve het geven van supervisie en het begeleiden van intervisie, geven zij trainingen aan medewerkers en coachen zij teams.

De kliniek heeft een nieuwe methodiek ontwikkeld voor het houden van jaarlijkse functioneringsgesprekken op basis van tevoren gedefinieerde competenties. Deze manier van competentie management is echter nog niet in alle clusters doorgevoerd. Blijkens de 3^e viermaandsrapportage van de Pompestichting is in 2008 met 89 medewerkers een functioneringsgesprek is gehouden en is met 48 medewerkers een persoonlijk ontwikkelingsplan besproken. Dit impliceert dat met de meeste medewerkers in 2008 geen functioneringsgesprek is gehouden.

Voor wat betreft de borging van het HRM-beleid is het van belang om periodiek medewerkerstevredenheidsonderzoeken te doen. De Pompestichting heeft zo'n onderzoek in 2006 voor het laatst gehouden. Het voornemen is om zo'n onderzoek in 2009 te herhalen.

Oordeel

Het personeelsmanagement is grotendeels op orde. De kliniek heeft geen grote problemen met het vervullen van vacatures en anticipeert op mogelijk toekomstige arbeidsmarktproblemen.

Het ziekteverzuim in de clusters psychotici en longstay is relatief hoog. In combinatie met het relatief grotere personeelsverloop in deze clusters, is dit aanleiding tot een nadere analyse. Het in 2009 af te nemen medewerkerstevredenheidsonderzoek kan wellicht inzicht geven in eventuele onderliggende knelpunten in deze onderdelen van de Pompekliniek.

De kliniek investeert in de functionele ontwikkeling van haar medewerkers. Echter, lang niet alle medewerkers hebben jaarlijks een functioneringsgesprek.

Aanbevelingen

- Geef in 2009 prioriteit aan het afnemen van een medewerkerstevredenheidsonderzoek, vooral met het oog op het hoge ziekteverzuim en het relatief grotere personeelsverloop in de clusters psychotici en longstay.
- Stuur op het houden van jaarlijkse functioneringsgesprekken met alle medewerkers.

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 verlopen en andere veiligheids- en/of welzijnsrisico's van tbs-

gestelden wordt gedeeld. De communicatie (-structuur) wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Bevindingen

De Pompekliniek heeft een uitgebreid schema waarin de overlegvormen binnen de kliniek zijn beschreven. Het schema geeft per overlegvorm aan wat het doel is van het overleg, wat de frequentie is, wie deelneemt, en hoe de notulen kunnen worden geraadpleegd. Er zijn besprekingen op afdelingsniveau, op clusterniveau en op inrichtingsniveau.

De Inspectie heeft geen bijzondere knelpunten gesignaleerd met betrekking tot de onderlinge communicatie en informatie-uitwisseling binnen de kliniek.

Het medewerkerstevredenheidsonderzoek dat in 2006 in de Pompekliniek is gehouden, signaleerde dat de manier waarop de inrichting werd bestuurd, destijds een knelpunt was. Navraag van de Inspectie bij leiding en medewerkers van de kliniek leerde dat dit probleem destijds vooral een gevolg was van onduidelijkheden met betrekking tot de fusie van de Pompestichting met GGz-Nijmegen. Toch ervaren sociotherapeuten ook nu nog een grote afstand tot de directie. Verder levert de nieuwe fusieronde, waarbij de Pompestichting als onderdeel van de stichting Forum GGz Nijmegen bestuurlijk is gefuseerd met de GGz-organisatie De Gelderse Roos, nog de nodige onduidelijkheden op.

De onderlinge informatie-uitwisseling over patiënten is sterk afhankelijk van de kwaliteit van de dossiervorming. De ISt heeft een aantal patiëntendossiers ingezien. Deze zijn allemaal volgens een vaste structuur ingedeeld en daardoor zeer toegankelijk.

De voorbereiding van de invoering van een elektronisch patiëntendossier is in volle gang. De invoering zal in 2009 zijn beslag krijgen.

Oordeel

De interne communicatie binnen de Pompekliniek voldoet overwegend. De communicatiestructuur is helder beschreven. Ook in de praktijk voldoet de onderlinge informatie-uitwisseling.

Wel verdient de communicatie tussen de directie en de werkvloer aandacht. De medewerkers ervaren soms nog een te grote afstand.

Aanbeveling

Investeer als directie in meer directe communicatie met de medewerkers op de werkvloer.

6 Slotbeschouwing

De Pompekliniek voldoet voor het overgrote deel aan de criteria die de ISt bij een doorlichting van een forensisch psychiatrisch centrum hanteert. De Pompekliniek is een veilige inrichting waar de rechtspositie van de tbs-gestelden over het algemeen goed is gewaarborgd. Ook op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet de Pompekliniek over nagenoeg de hele linie aan de normen en verwachtingen van de ISt. Zo is de materiële beveiliging op orde en zijn de procedures met betrekking tot het aanvragen en uitvoeren van verlof zorgvuldig. Verder heeft de kliniek geen grote problemen met het vervullen van vacatures en anticipeert zij op mogelijk toekomstige arbeidsmarktproblemen.

De Pompekliniek is een HKZ-gecertificeerde instelling. Dit betekent onder andere dat niet alleen de uitvoering van de primaire processen grotendeels op orde is, maar dat deze over het algemeen ook goed beschreven en geborgd zijn.

De Pompekliniek is volop in beweging. Zo is de stichting Forum GGz Nijmegen, waarvan de Pompestichting deel uitmaakt, met ingang van januari 2009 bestuurlijk gefuseerd met de GGz-organisatie De Gelderse Roos. Samen zullen zij vanaf 2010 onder de naam Pro Persona naar buiten treden. De operationele uitwerking van deze fusie zal in de komende periode zijn beslag krijgen.

Verder zal in de loop van 2009 zal een nieuwe dependance van de Pompekliniek in Zeeland (NB) in gebruik genomen worden. Dit zal leiden tot een herverdeling van de patiënten over de verschillende vestigingen van de kliniek. Het is zaak dat de in die dependances geldende regels, de manier waarop de medezeggenschap van tbs-gestelden is georganiseerd en het daar geldende bejegeningsklimaat goed op elkaar worden afgestemd.

Bijlage 1 Aanbevelingen

De IST beveelt de Pompekliniek het volgende aan:

- 1 Harmoniseer zoveel mogelijk de opzet en inhoud van de regels van alle afdelingen (inclusief de locaties buiten Nijmegen) voorzover die niet zijn gerelateerd aan de specifieke bestemming en doelgroep.
- 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 Zet sterker in op informele afhandeling van klachten binnen de kliniek.
- 4 Neem op korte termijn maatregelen om de medezeggenschap van patiënten in de verschillende vestigingen van de Pompekliniek beter tot zijn recht te laten komen.
- 5 Geef prioriteit aan de voorgenomen Risico Inventarisatie en Evaluatie om eventuele nog bestaande knelpunten met betrekking tot de bedrijfshulpverlening te signaleren en op te lossen.
- 6 Stel een werkinstructie op voor het uitvoeren van kamercontroles.
- 7 Breng zowel kliniekbreed als per afdeling periodiek de omvang van de drugs- en alcoholproblematiek in beeld teneinde de effectiviteit van het bestrijdingsbeleid te kunnen volgen en om zonodig het beleid bij te kunnen stellen.
- 8 Overweeg om in de huisregels of in alle afdelingsregels een standaardparagraaf op te nemen met betrekking tot het gewenste gedrag van tbs-gestelden.
- 9 Voer voor de hele kliniek een uniforme checklist in ten behoeve van de voor- en nabespreking van verlof.
- 10 Geef in 2009 prioriteit aan het afnemen van een medewerkerstevredenheidsonderzoek, vooral met het oog op het hoge ziekteverzuim en het relatief grotere personeelsverloop in de clusters psychotici en longstay.
- 11 Stuur op het houden van jaarlijkse functioneringsgesprekken met alle medewerkers.
- 12 Investeer als directie in meer directe communicatie met de medewerkers op de werkvloer.

De IST beveelt de Pompekliniek en de commissie van toezicht het volgende aan:

- 13 Monitor de doorlooptijden van de verschillende processtappen in de beklagprocedure.
- 14 Bezie verdere mogelijkheden om de beklagprocedure en de wederhoorreactie van de kliniek te versnellen.

Bijlage 2 Afkortingen

BC	behandelcoördinator
BHV	Bedrijfhulpverlening
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
CVC	Centrale verlofcommissie Pompestichting
cvt	commissie van toezicht
DAC	dagactiviteitencentrum
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
ForZo	Forensische Zorg
fpc	forensisch psychiatrisch centrum
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
HKZ	Harmonisatiemodel Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
LAP	Landelijke Adviescommissies Plaatsing
OR	Ondernemingsraad
RI&E	Risico-inventarisatie en -evaluatie
R&N	Resocialisatie en Nazorg
RSJ	Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
SUST	SamenUitSamenThuis-training
tbs	terbeschikkingstelling
uc	urinecontrole

Bijlage 3 Bronnen

- Plattegrond van het FPC
- Organogram organisatie
- Beschrijving overlegstructuren
- Zorgvisie Pompestichting 2006
- Huisregels en afdelingsregels
- Brochure stafmedewerkers personeelsbegeleiding
- Gedragscodes
- Werk-, dienstinstructies en protocollen

- Jaarplan 2008 en 2009
- Jaarverslag 2007
- Jaarverslag 2007 commissie van toezicht
- 3^e viermaandsrapportage 2008

- Meldingen bijzondere voorvallen 2008
- Registratie beklagzaken 2008
- Enkele patiëntendossiers
- 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 separaties 2008
- Overzicht arbeidsverzuim en personeelsmobiliteit in 2008

- HKZ-certificering en meest recente audit (2008)
- Rapport follow-up toezichtbezoek aan de Pompestichting op 12 2007 (IGZ)
- Tevredenheidsonderzoek patiënten 2006 en herafname onderzoek patiënten Linge-Vught 2007
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2006 (incl.plan van aanpak)
- RI&E Pompestichting 2003 incl. plan van aanpak en arbojaarplan 2008
- Verslag BHV-scan (DJI) 2007 en plan van aanpak dat naar aanleiding daarvan is opgesteld

Bijlage 4 Inspectieprogramma

Dinsdag 10 maart 2009

9:30 – 10:00	Aankomst IST, korte kennismaking directie
10:00 – 11:30	Interview met directie en vertegenwoordiging Raad van Bestuur
11.30 – 12:30	Rondleiding door de kliniek
13:15 – 14:30	Vervolg rondleiding
14:30 – 16:00	Interview patiëntenraad
16:15 – 18:00	Bezoek transmurale voorziening

Woensdag 11 maart 2009

9:30 – 10:45	Interview sociotherapeuten van de afdelingen voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis
9:30 – 10:45	Parallel: interview hoofd beveiliging
10:45 – 12:00	Interview sociotherapeuten van de afdelingen voor patiënten met een psychotische stoornis
10:45 – 12:00	Parallel: interview met de voorzitter van de interne verloftoetsingscommissie.
13:00 – 14:30	Interview zorgmanagers
13:00 – 14:00	Parallel: interview met medewerkers behandelrapportage
14:45 – 15:45	Interview met behandelcoördinatoren
15:45 – 17:00	Interview manager en medewerkers dagbesteding patiënten
14:00 – 17:00	Parallel: bestuderen documentatie en dossiers

Dinsdag 17 maart 2009

9:30 – 10:30	Interview delegatie commissie van toezicht
10:30 – 12:00	Bezoek longstay-afdeling
9:30 – 12:00	Parallel: Bestuderen documentatie en dossiers
12:00 – 13:00	Terugkoppeling inspectiebezoek met voorzitter van de Raad van Bestuur van de Pompekliniek
14:30 – 16:00	Terugkoppeling inspectiebezoek met directie

Donderdag 23 april 2009

11:00 – 12:30	Gesprek voorzitter Raad van Toezicht
---------------	--------------------------------------

Bijlage 5 Geografische ligging