

## Middelengebruik in de FPC's

---

Bilthoven, 3 juni 2009

dr. Hub Hamers  
drs. Els Borgesius

Kenmerk: R 0905-120-EB-jk  
Projectnummer: G. 82.02.339

---

Zorg Consult Nederland  
Postbus 123  
3720 AC BILTHOVEN

Telefoon: 030 – 22 59 970  
Fax: 030 – 22 59 922  
e-mail: h.hamers@zorgconsult.nl

# Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies	1
1. Inleiding	3
1.1. Aanleiding .....	3
1.2. Opdracht .....	3
1.3. Werkwijze .....	4
1.4. Visie .....	4
2. Middelengebruik en context	5
2.1. Verslaving als chronische hersenaandoening .....	5
2.2. Een verslavingsgevoelige populatie .....	5
2.3. Een drugsvrije behandelsetting.....	5
2.4. Maatregelen en setting .....	6
3. Controlemaatregelen middelengebruik	7
3.1. Inleiding.....	7
3.2. Categorieën maatregelen.....	7
3.3. Beschikbaarheid protocollen en documenten .....	8
3.4. Toepassing van maatregelen .....	9
3.5. Pakket aan patiëntgebonden maatregelen.....	10
3.6. Bouwkundige en perimeter maatregelen .....	10
3.7. Maatregelen ten aanzien van het contact met de buitenwereld.....	11
3.8. Inzet sociale controle .....	13
3.9. Variatie geduid .....	13
4. Beperkende maatregelen	15
4.1. Inleiding.....	15
4.2. Beperkende maatregelen.....	15
5. Interne sturing op kwaliteit	17
5.1. Inleiding.....	17
5.2. Registratiesysteem .....	17
5.3. Managementinformatie .....	17
Bijlage 1 De deelnemende instellingen	18

## Samenvatting en conclusies

### **Uitgangspunt en richtinggevende principes**

De forensische psychiatrie streeft naar een drugsvrije behandelsetting, maar dit is niet mogelijk puur op basis van een beheersregime. Uitgangspunt is dat in een behandeling het tegengaan van middelengebruik een prominente plaats inneemt. De behandelinterventies en het therapeutische klimaat staan voorop. Daarnaast, vooral aanvullend, worden (controle en beperkende) maatregelen op maat, 'stepped controlled', ingezet. Het streven naar een drugsvrije behandelsetting wordt primair nagestreefd om patiënten adequaat te behandelen, ook voor hun problematisch middelengebruik, en daarmee (als feitelijk doel) het recidivegevaar te verminderen.

Ten aanzien van de toe te passen (controle en beperkende) maatregelen hanteren de FPC's een aantal richtinggevende principes: 1) geprotocolleerd, 2) toetsbaar, 3) proportioneel en subsidiair en 4) geïndiceerd. Op het individuele niveau staat dit laatste principe in de tijd voorop: een te nemen (controle/beperkende) maatregel moet geïndiceerd zijn, voordat deze ingezet wordt.

### **Inzet aan maatregelen**

Alle FPC's passen eerst de lichtste (controle) maatregelen toe, en op indicatie worden de zwaardere maatregelen ingezet ('stepped contro'). De meest intrusieve maatregelen die de integriteit van het lichaam aantasten, zoals een bloedtest en visiteren, passen de FPC's slechts in zeer uitzonderlijke situaties toe. Daarbij moet bedacht worden, dat het toepassen van onnodig zware maatregelen (niet-proportioneel, niet-subsidiair, niet-geïndiceerd) niet alleen in strijd met de uitgangspunten van goede zorg is, maar ook contraproductief blijkt te zijn in het realiseren van het behandelresultaat en in het omlaag brengen van het risico op recidive. Door de Bopz klinieken wordt aangetekend dat zij iets beperkter zijn in het toepassen van controlemaatregelen dan de andere FPC's. Afgezien van enkele min of meer marginale uitzonderingen voor de Bopz klinieken, kunnen alle maatregelen door alle klinieken toegepast worden. In de praktijk wordt een selectie toegepast, telkens proportioneel, subsidiair en geïndiceerd. De lichtste maatregelen (bijvoorbeeld cameratoezicht, urine- en blaasrest) worden door alle klinieken ingezet. Juist deze lichtste maatregelen blijken in alle FPC's goed te passen en te werken in het streven naar een drugsvrije, dus adequate, behandelsetting. Pas als deze maatregelen onvoldoende resultaat bewerkstellingen, worden – in de praktijk door alle FPC's – op maat, geïndiceerd, zwaardere, maatregelen ingezet. Het blijkt dat in een beperkt aantal klinieken, in uitzonderlijke situaties, het nodig is om de meest zware, intrusieve maatregelen in te zetten.

We gaven aan dat de maatregelen geprotocolleerd en toetsbaar moeten zijn. Een eerste vereiste is dan ook dat iedere FPC de maatregelen die zij neemt – ook als het incidenteel is – beschreven heeft. Dit blijkt niet het geval. Alle FPC's zijn van mening dat het van belang is om dit wel te doen, ook omdat er anders ten aanzien van de patiënt onzorgvuldig en onprofessioneel gehandeld wordt. Medewerkers dienen de maatregelen op dezelfde manier uit te voeren en dat kan alleen als de procedures daarvoor op schrift staan. Bovendien heeft de patiënt recht te weten waarom bepaalde maatregelen op hem toegepast worden. En op welke wijze dat mag gebeuren. Dit geldt eens te meer voor de maatregelen die ingrijpend voor de patiënt zijn. Kortom, het gaat om het kwaliteitsbeleid van de instellingen en borging van de rechten van de patiënt.

Wat betreft de beperkende maatregelen hebben de FPC's een ruim scala tot hun beschikking. Ze achten zich daarmee voldoende in staat om te zorgen dat het gebruik en handel wordt teruggedrongen. De variatie wat betreft inzet aan beperkende maatregelen door de FPC's blijkt gering. Wat betreft de inzet aan (controle) maatregelen constateren wij een zekere variatie over de FPC's heen, maar deze is beperkt en heeft vooral van doen met het beperkt inzetten van specifieke, zwaardere maatregelen. De variatie blijkt van doen te hebben met het 'stepped-control' principe; daar waar reeds ingezette maatregelen passend/ondersteunend aan de behandelsetting voldoende blijken, is de inzet van andere maatregelen niet geboden gezien het proportionaliteitsprincipe. Of een maatregel is niet geïndiceerd, omdat deze niet past bij het ter plekke voorkomende probleem. De FPC's zijn van mening dat orde en veiligheid met het pakket aan tot hun ter beschikking staande (controle/beperkende) maatregelen voldoende gewaarborgd kunnen worden. Zij wijzen erop dat deze opvatting ondersteund wordt door de praktijk. Immers, binnen de uitermate verslavingsgevoelige FPC populatie wordt praktisch geen (harddrugs) tot heel weinig (cannabis/benzoëamfetamine) drugsgebruik geconstateerd.

### **Tekorten in huidige situatie**

In de meeste klinieken is geen (adequaat) registratiesysteem aanwezig en ook zijn de uitkomsten van de controles niet systematisch onderdeel van de managementrapportage. De leidinggevenden van de afdelingen hebben onvoldoende zicht op trends of fluctuaties in het drugsgebruik. De meeste klinieken kunnen daardoor hun beleid onvoldoende (bij)sturen. Bijsturen vindt nu te zeer op patiëntniveau, of op ad hoc basis plaats. Hoewel sommige klinieken wel bezig zijn een registratie/ managementinformatiesysteem te implementeren, zou dit versneld en voor alle instellingen opgepakt moeten worden.

De FPC's zijn van mening dat er geen sprake kan zijn van een soort van minimumset aan (controle) maatregelen die voor alle FPC's zou moeten gelden. De situatie is dat het totale pakket aan voorhanden zijnde maatregelen in iedere FPC (met een lichte variatie naar Bvt/Bopz instellingen) ingezet kan worden, maar dat de feitelijke inzet de lijnen van proportionaliteit, subsidiariteit en wel/niet geïndiceerd zijn volgt. Het is aan individuele FPC's om hun keuzes daarin te beargumenteren, hun beleid te expliciteren en inzichtelijk te maken. In relatie met de hierboven gemaakte opmerkingen over de (veelal ontoereikende) managementinformatie constateren wij dat de FPC's hierin een slag moeten maken. Dit ook om aan de eigen principes van protocollering en toetsbaarheid te voldoen; en te tonen in welke mate de maatregelen daadwerkelijk langs de lijnen van 'proportionaliteit, subsidiariteit en geïndiceerd zijn' toegepast zijn.

Het is aan de individuele FPC om te bepalen welke maatregelen voor welke situatie voor welke patiënten(groep) ingezet worden. Door die keuze aan de individuele FPC te laten legt dat een verplichting bij de FPC om hierover transparant en dus toetsbaar te zijn. Niet iedere FPC is zo ver. Zij beschikken bijvoorbeeld niet over de hiervoor noodzakelijke registratie- en managementinformatiesystemen.

### **Stappenplan**

Iedere FPC zal eind 2009 de volgende stappen gerealiseerd hebben:

- een geformaliseerd beleid met betrekking tot (controle/beperkende) maatregelen;
- een geprotocolleerde beschrijving van alle door hen (mogelijk) te gebruiken (controle/beperkende) maatregelen, langs de in deze notitie aangehaalde principes;
- een registratie- en managementinformatiesysteem betreffende de inzet van (controle/beperkende) maatregelen.

# 1. Inleiding

## 1.1. Aanleiding

Aanleiding voor dit onderzoek is een brief van de staatssecretaris van het Ministerie van Justitie mevrouw mr. N. Albayrak aan de FPC's, met als een van de centrale boodschappen dat de FPC's met een plan van aanpak zouden moeten komen op het gebied van drugsbeleid. Deze brief is op zijn beurt gebaseerd op de uitkomsten van een onderzoek dat op initiatief van de Dienst Justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Justitie werd uitgevoerd naar beleid op middelengebruik in FPC's.<sup>1</sup>

De reactie daarop van de FPC's aan de staatssecretaris was dat men een alcohol- en drugs-vrije setting nastreeft. De maatregelen die de FPC's momenteel treffen staan in het teken van orde en veiligheid, vooral om hun doelstelling te bereiken, namelijk het succesvol behandelen van de patiënten en daarmee het terugdringen van het recidiverisico. Men kiest voor een beleid dat gericht is op het bespreekbaar maken van het middelengebruik en het plaatsen daarvan in een behandelklimaat waarin aandacht is voor verslaving en middelengebruik, daarbij overigens ondersteund door controle maatregelen.

De FPC's zijn van mening dat de veiligheidsmaatregelen in de FPC's de laatste jaren aanzienlijk zijn uitgebreid. Ze delen dan ook de mening van de staatssecretaris niet dat de oplossingen voor het terugdringen van het drugsgebruik gezocht moeten worden in een nog hardere aanpak. Een dergelijke aanpak volgt volgens hen niet uit de conclusies van het EFP-rapport én worden niet gedragen door de ervaringen die de afgelopen jaren in het project 'Drugsoverlast in de GGZ' van GGZ Nederland zijn opgedaan.<sup>2</sup> Breed wordt in de (forensische) GGz onderschreven dat een hardere aanpak indruist tegen de actuele visie op verslaving als een chronische, recidiverende hersenziekte. De FPC's hebben echter ook geconstateerd, dat een zekere kwaliteitsverbetering te bereiken is. De FPC's zegden de staatssecretaris toe in onderling overleg en op basis van consensus te komen tot eenheid van opvatting met betrekking tot (controle en beperkende) beheersmaatregelen.<sup>3</sup>

## 1.2. Opdracht

Om de afspraak met het Ministerie van Justitie na te kunnen komen hebben de 12 FPC's gezamenlijk besloten Zorg Consult Nederland de volgende opdracht te verlenen:

*"Inventariseer welke (controle en beperkende) maatregelen er momenteel door de FPC's worden gehanteerd en ondersteun hen bij het verkrijgen van beleidsconsensus wat betreft de inzet aan maatregelen. Reik daarmee de afzonderlijke FPC's informatie aan op basis waarvan deze, passend bij de 'couleur locale', aan de slag moeten."*

---

<sup>1</sup> EFP/IVO, 'Beleid op het gebied van middelengebruik in de forensisch psychiatrische instellingen', november 2007

<sup>2</sup> GGZ Nederland is begin 2006 een project gestart om het drugsgebruik in vooral de chronische psychiatrie terug te dringen en zodoende de overlast binnen en buiten het instellingsterrein te verminderen. Mede in dit kader ondersteunt Zorg Consult Nederland op dit moment acht GGz instellingen.

<sup>3</sup> Brief GGZ N aan staatssecretaris Albayrak, 14 oktober 2008

### 1.3. Werkwijze

De inventarisatie is uitgevoerd door middel van een schriftelijke enquête onder de 12 FPC's. Vervolgens zijn de resultaten daarvan gebruikt om via interviews aanvullende en verdiepende vragen te stellen. De resultaten van deze fase zijn voorgelegd aan een consensusbijeenkomst met de FPC's. De reacties daarop door de FPC's zijn geïntegreerd in deze eindrapportage.

Hieronder, maar vooral in het volgende hoofdstuk geven wij het inhoudelijke kader waarin ons traject begrepen moet worden. Overigens is dit hoofdstuk geschreven op basis van kennis aanwezig bij Zorg Consult Nederland, mede verkregen in het kader van het genoemde traject met (algemene) GGz instellingen, maar ook in gesprek met de forensische psychiatrie. De volgende paragraaf en hoofdstuk 2 zijn tot stand gekomen naast, en min of meer parallel aan, de gezamenlijke FPC notitie, waarvoor de FPC's verantwoordelijk zijn. Het is niet verwonderlijk dat beide notities veel overeenkomsten vertonen.

### 1.4. Visie

Hoewel we in dit rapport specifiek ingaan op (controle en beperkende) maatregelen ten aanzien van middelengebruik, dient er een relatie gelegd te worden met een inhoudelijke visie, in het bijzonder vanuit de inzet op behandeling. Hierin sluiten wij aan bij de heersende gedachtegang in de forensische psychiatrie, overigens als onderdeel van de algemene psychiatrie inclusief de verslavingszorg.

Een gezamenlijke visie op verslaving en daarmee op middelengebruik en –misbruik in forensisch psychiatrische instellingen én in de sector is noodzakelijk. Deze visie is uitgekristalliseerd en beschreven in de gezamenlijke notitie van de FPC's 'Behandeling van middelengebruik in de forensische psychiatrie'. Centraal staat dat verslaving een chronische hersenaandoening is. In tegenstelling tot de reguliere GGZ en verslavingszorg, is het doel van de behandeling binnen de forensische psychiatrie primair het terugdringen van het risico op recidive door behandeling van alle daaraan ten grondslag liggende stoornissen. Dat impliceert dat het opheffen van de tbs-maatregel niet (uitsluitend) afhankelijk is van genezing van de verslaving. Wel is voor een goede klinische behandelomgeving noodzakelijk dat middelengebruik onder geen enkele voorwaarde wordt toegestaan binnen de FPC. Om dat te bereiken zet men alle noodzakelijke interventies in, inclusief daarin ondersteunende beheersmaatregelen. Dit op basis van een restrictief beleid, waarbij de forensische kliniek de verantwoordelijkheid heeft bij te dragen aan genezing én voorkoming van recidive. Juist omdat er een sterke relatie is tussen (alcohol- en) drugsgebruik invloed en het ontstaan, voortbestaan en verergeren van psychiatrische problematiek én op het recidivegevaar, is het gebruik van drugs en alcohol verboden. Dit standpunt is als volgt bondig weer te geven. De FPC's streven naar een volledig drugvrije klinische setting, juist vanwege de noodzaak patiënten te beschermen tegen invloeden die hun genezing in gevaar brengen c.q. het recidivegevaar vergroten.

Kortom: FPC's behandelen, en ter ondersteuning van deze behandeling van het individu, van het behandelklimaat evenals de veiligheid in de kliniek, hanteren zij (controle en beperkende) maatregelen. Dit wordt in het volgende hoofdstuk nader toegelicht.

## 2. Middelengebruik en context

### 2.1. Verslaving als chronische hersenaandoening

Door de gehele geschiedenis heen en in elke maatschappijvorm worden verslavende middelen (alcohol, drugs, medicijnen) gebruikt en wordt verslavend gedrag vertoond. In een relatief klein percentage van alle gevallen van middelengebruik ontwikkelt zich, als eindpunt van een proces – startend met kennismaking, volgend langs experimenteren, gebruik, misbruik en afhankelijkheid – een verslaving. Procesmatig wordt daarmee middelenmisbruik/verslaving geduid als een naar chroniciteit neigende, recidiverende psychiatrische stoornis; volgens de (huidige) wetenschap is verslaving als een chronische hersenziekte te zien. Zowel het ontstaan als de instandhouding van verslaving worden bepaald door de wederzijdse beïnvloeding van (neuro)biologische, psychologische en sociale processen. Kenmerken van deze stoornis zijn ernstige beperkingen van het functioneren, vaak tot uiting komend in sociaal niet geaccepteerd gedrag waaronder delictgedrag. Daarnaast is er vaak sprake van een of meerdere andere psychiatrische en/of somatische aandoeningen (co-morbiditeit).

De *forensische psychiatrie* richt zich uitdrukkelijk op het voorkomen van een recidive. Daartoe is het streven naar stabiele abstinentie vereist. Juist omdat er een sterke relatie is tussen alcohol- en drugsgebruik en psychiatrische problematiek, maar ook het recidivegevaar, is het gebruik van drugs en alcohol in de klinische setting verboden.

### 2.2. Een verslavingsgevoelige populatie

Op basis van wetenschappelijk onderzoek is helder, dat co-morbiditeit onder mensen in zorg bij de algemene GGz veel voorkomt, waaronder veelvuldig in combinaties waarbij verslaving speelt. Dit voorkomen van co-morbiditeit geldt in nog sterkere mate voor forensisch psychiatrische patiënten, vooral in relatie met verslaving. De relatie tussen verslaving/middelengebruik en (recidiverend) delictgedrag behoeft op deze plek niet nader toegevoegd te worden; de FPC notitie 'Behandeling van middelgebruik in de forensische psychiatrie' gaat hier nader op in. Voorlopig concluderen wij dat bij de forensisch psychiatrische populatie het risico op verslaving vele malen groter is dan in de algemene populatie, zelfs groter dan in de populatie bij de algemene GGz in behandeling. Immers, als we de instromende populatie bij de algemene GGz vergelijken met die bij de forensische psychiatrie, dan blijkt verslaving/misbruik onder de 'instromers' richting forensische psychiatrie fors groter.

### 2.3. Een drugsvrije behandelsetting

Uit het voorafgaande is een centrale conclusie getrokken. Namelijk de forensische GGz heeft 'verslavingsneutrale' condities, contexten nodig. Dus, vanuit een inhoudelijk gedefinieerde behandeloptiek creëert de forensische psychiatrie een klinische setting die tegengaat dat mensen in contact met middelen (kunnen) komen, maar hen ook afhoudt van middelengebruik; ook door hen handvatten, vaardigheden en farmacotherapie aan te bieden.

Deze conclusie is des te belangrijker, omdat men weet dat middelengebruik – en in versterkte mate misbruik en verslaving – het ontstaan, het voortduren, het verergeren van psychiatrische stoornis(sen) versterkt én het recidivegevaar doet toenemen.

Ook de forensische psychiatrie maakt onderdeel uit van de samenleving. En hoewel de forensische psychiatrie streeft naar een drugsvrije behandelsetting is het onmogelijk dit te realiseren puur op basis van een beheersregime. Uitgangspunt is dat in iedere behandeling het (te-gaan van) middelengebruik een prominente plaats inneemt; startend met diagnostiek/verslavingsanamnese, maar ook wat betreft behandeldoelen, interventies daartoe en afspraken met de patiënt, de werking van het therapeutische klimaat et cetera. Daarnaast, vooral aanvullend, worden maatregelen op maat, 'stepped controlled', ingezet. Het streven naar een drugsvrije behandelsetting wordt primair nagestreefd om patiënten adequaat te behandelen en daarin de recidivekans op delictgedrag te verminderen.

Naar aanleiding van intensieve controles, zoals die in alle FPC's plaatsvinden, blijkt, dat het streven naar een drugsvrije behandelsetting in hoge mate gerealiseerd wordt. Het blijkt dat in 3 tot 5% van alle controles er sprake is van cannabis gebruik; het betreft overigens minder patiënten omdat bij alle positieve screenings de screening dagelijks wordt herhaald tot deze negatief is. Wat betreft harddruggebruik: dat vindt nauwelijks plaats, namelijk in 1-2 op de 1000 controles (0,15 %).

#### **2.4. Maatregelen en setting**

Het merendeel van de Forensisch Psychiatrische Centra valt onder de Bvt; een kleiner deel onder de Bopz. Hoewel er tussen beide regimes verschillen zijn betreffende de mogelijkheden maatregelen in te zetten, zijn de overeenkomsten groter. In de volgende hoofdstukken wordt waar nodig meer in detail op de verschillen ingegaan. Kern van alle mogelijk in te zetten maatregelen is dat deze aanvullend zijn, juist om te komen tot een adequate behandelsetting en daarin het behandelen te faciliteren, te steunen. De in te zetten maatregelen zijn dan ook niet als sancties te zien, of als 'straf', maar ondersteunend aan de behandeling.

De maatregelen worden in hun toepassing ingezet langs de volgende principes: 1) geprotocolleerd, 2) toetsbaar, 3) proportioneel/subsidair en 4) geïndiceerd. Het blijkt dat een aantal type maatregelen door alle FPC's ingezet wordt, uiteraard de vier genoemde principes volgend; als voorbeeld daarvan 'de urinecontroles'. Daarnaast zijn er maatregelen die in het kader van 'step control' toegepast kunnen worden.

Geconstateerd wordt dat alle FPC's – onder zowel de Bvt, als ook de Bopz – met de proportioneel in te zetten maatregelen voldoende toegerust zijn om hun centrale doelstelling – het creëren van een zodanig drugsvrije setting dat adequaat behandeld kan worden – te realiseren.



## 3. Controlemaatregelen middelengebruik

### 3.1. Inleiding

De FPC's zijn gericht op behandelen en de inzet van maatregelen ten aanzien van middelengebruik is hierop afgestemd. Er blijkt enige variatie wat betreft de feitelijke inzet aan maatregelen samenhangend met nut en noodzaak. Het arsenaal aan maatregelen varieert iets, naar gelang de FPC onder de Bvt of onder de Bopz<sup>4</sup> valt. In een volgende paragraaf gaan wij hier nader op in. Voor alle FPC's geldt dat de relatie met behandeling, als ook beschreven in het behandelplan, aan de orde is. Ook de principes – geprotocolleerd, toetsbaar, proportioneel en subsidiair, en geïndiceerd – gelden voor alle FPC's. Zorgvuldigheid en een individuele aanpak zijn dus in alle FPC's aan de orde.

De meeste van de hier besproken maatregelen passen in het beleid van iedere instelling. Een aantal is specifiek gericht op controle en het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik. Zo zijn urinecontroles en blaastesten bedoeld voor het opsporen van drugs en alcoholgebruik. Andere maatregelen, zoals fouilleren, het strippen van kamers, controle van post, controle van het (sociale) netwerk passen, additioneel bijvoorbeeld als de controles daar aanleiding toe geven, in het instellingsbeleid te streven naar een veilige, drugsvrije behandelsetting. Enkele maatregelen zijn niet bedoeld om drugs op te sporen; zo signaleert een toegangspoortje metalen voorwerpen en uiteraard geen drugs.

### 3.2. Categorieën maatregelen

Bij de analyse van de maatregelen die de FPC's hanteren hebben we de volgende indeling gemaakt: patiëntgebonden maatregelen, maatregelen die het gebouw en perimeter betreffen, maatregelen die het contact met de buitenwereld betreffen en de maatregelen die betrekking hebben op de context waarbinnen de patiënten zich bevinden, het zogenaamde therapeutische klimaat.

---

<sup>4</sup> Van de 12 FPC's zijn er vier die onder de Wet Bopz vallen. Het zijn: de FPK van GGzE (de Divisie Forensische en Intensieve Psychiatrie), AMC/De Meren (de FPK van Arkin), de FPK van GGZ Drenthe, en Hoeve Boschoord.

In schema:

Patiëntgebonden	Bouwkundig en perimeter	Contact met buitenwereld	Context
Urinecontrole	Kamercontrole	Screening en controle van het netwerk van de patiënt met mogelijkheid tot weigering bezoek.	Sociale controle tussen medepatiënten: er wordt zodanig gestuurd dat patiënten zich mede verantwoordelijkheid voelen voor een veilig en therapeutisch klimaat
Blaastest	Beveiliging en bewaking op en rond het terrein (personeel, camera's)	Regels over welke en hoeveel goederen bezoekers de kliniek in mogen brengen.	
Bloedtest			
Fouilleren	Cameratoezicht in de kliniek	Verzegelen van goederen waarin middelen verstopt kunnen worden.	
Strippen	Drugshonden		
Visiteren		Controle tas/kleding/invoer goederen patiënt	
Controle tas/kleding/invoer goederen patiënt		Controle tas/kleding/invoer goederen bezoek	
		Fouilleren van bezoek <sup>5</sup>	
		Controle van telefoonverkeer en post	
		Controle tijdens verlof	
		Controle bezorgservice	

### 3.3. Beschikbaarheid protocollen en documenten

Niet alleen is gekeken naar toepassing van de maatregelen, maar ook naar de beschikbaarheid van de protocollen en/of andere documenten waarin de maatregelen beschreven staan. Het blijkt dat niet alle instellingen de maatregelen die zij toepassen ook daadwerkelijk beschreven hebben. De FPC's zijn van mening dat het van groot belang is om dit wel te doen, aangezien er anders ten aanzien van de patiënt onzorgvuldig en onprofessioneel gehandeld kan worden; deze heeft immers het recht te weten waarom bepaalde maatregelen op hem worden toegepast en op welke wijze dat mag gebeuren. Tevens moet duidelijk zijn op welk wetsartikel de maatregel is gebaseerd en op welke wijze hij bezwaar en beroep kan aantekenen tegen de getroffen maatregel. Dat geldt eens te meer voor de maatregelen die ingrijpend voor de patiënt zijn. Kortom, het gaat om het kwaliteitsbeleid van de instellingen en daarin past het de maatregelen te protocolleren.

<sup>5</sup> Niet zonder meer, toegang kan geweigerd worden als men zich niet aan controle wil onderwerpen.

### 3.4. Toepassing van maatregelen

Als al eerder aangegeven passen de FPC's eerst de lichtste maatregelen toe, en pas als dit onvoldoende blijkt te werken, worden de zwaardere maatregelen ingezet: er wordt dus 'stepped controlled' gewerkt. De meest intrusieve maatregelen, zoals een bloedtest en visiteren, passen de instellingen in zeer uitzonderlijke situaties toe. Meestal zijn ze ook niet nodig, zolang minder ingrijpende maatregelen voldoende resultaat opleveren. Bovendien werkt het toepassen van onnodig zware maatregelen – dus een niet-proportionele, niet-subsidiare en niet-geïndiceerde maatregel – negatief in op de behandelrelatie en werkt dan contraproductief in het realiseren van het behandelresultaat en het omlaag brengen van het risico op recidive. Bovendien kunnen disproportionele, niet-geïndiceerde maatregelen niet, gezien hetgeen aan patiëntrechten geformuleerd is (in Bvt/Bopz). Ten slotte zijn de intrusieve maatregelen niet altijd even effectief. Een haaranalyse is bijvoorbeeld bij cocaïnegebruik net zo effectief als een bloedtest en is minder ingrijpend ten aanzien van de lichamelijke integriteit van de patiënt.

Overigens wordt door de Bopz klinieken aangetekend dat zij iets beperkter zijn in het toepassen van controlemaatregelen dan de andere FPC's. Zo mogen de Bopz instellingen bijvoorbeeld niet visiteren, het bezoek niet screenen en fouilleren, en een bloedtest afnemen, tenzij het een medisch doel dient en de patiënt hiermee heeft ingestemd. Ze mogen de post controleren, maar alleen op meegezonden voorwerpen. Wel mogen Bopz klinieken ook het telefoonverkeer beperken als er sprake is van gevaar voortvloeiend uit de stoornis, maar de maatregel van telefoneren onder toezicht (meeluisteren) mogen zij niet opleggen. Overigens vallen TBS-ers die in Bopz klinieken behandeld worden, wat betreft de verlotmaatregelen, wel onder de Bvt. Voor alle instellingen geldt dat de maatregelen aangekondigd én onaangekondigd toegepast worden. Deze maatregelen moeten echter wel passen in het behandelklimaat en aansluiten bij de rechtspositie van de patiënt.

Afgezien van boven geschetste uitzonderingen voor Bopz klinieken, kunnen alle maatregelen door alle klinieken toegepast worden. In de praktijk wordt een selectie toegepast, telkens proportioneel, subsidiair en geïndiceerd. De lichtste maatregelen (bijvoorbeeld. cameratoezicht, urine- en blaastest) worden door alle klinieken ingezet. Juist deze lichtste maatregelen blijken in alle FPC's proportioneel en geïndiceerd in het streven naar een drugsvrije, dus adequate behandelsetting. Pas als deze maatregelen onvoldoende resultaat bewerkstellingen, worden – in de praktijk door alle FPC's – op maat, geïndiceerd, zwaardere maatregelen ingezet. Dit type maatregelen (bijvoorbeeld het fouilleren van de patiënt) wordt als maatwerk ingezet op specifieke patiënten/patiëntgroepen. Ten slotte blijkt het in een beperkt aantal klinieken, in uitzonderlijke situaties, nodig om de meest zware, intrusieve maatregelen (bijvoorbeeld het visiteren van de patiënt) in te zetten.

#### *Per fase*

De FPC's geven aan dat de maatregelen, in de opname-en behandelfase intensiever worden toegepast. Controles worden aan het begin en aan het einde van de resocialisatiefase juist geïntensiveerd, omdat dan het risico op terugval groter is. Het zal duidelijk zijn dat in die fase de maatregelen die betrekking hebben op het contact met de buitenwereld, intensiever worden benut, maar ook de urine- en blaastest speelt bij terugkeer van verlof een belangrijke rol.

#### *Per doelgroep*

Juist werkend vanuit een behandeldoelstelling is het voor alle FPC's van belang bij het toepassen van (controle) maatregelen een onderscheid te maken tussen patiënten met en zonder voorgeschiedenis met middelenmisbruik; datzelfde geldt in het onderscheid naar patiënten waarbij middelengebruik wel/geen rol heeft gespeeld ten tijde van het delict.

Zo neemt een aantal klinieken de urine- en blaastest in de beginfase af bij alle patiënten; pas wanneer duidelijk is voor wie middelengebruik een probleemgebied vormt, differentieert men naar al dan niet met verslavingsproblematiek, ook in het toepassen van bedoelde maatregelen. Deze kunnen dan wel worden aangevuld met overall, at random controles waar ook de patiënten zonder verslavingsachtergrond bij gecontroleerd worden. Breed binnen de FPC's is men van mening dat het effectief is om de controles toe te passen op gebruikers en op patiënten met een potentieel risico op gebruik. Zo wordt bij patiënten bij wie men vermoedt dat ze gebruiken of dealen op cruciale momenten aangekondigd en onaangekondigd gecontroleerd, onder de noemer van 'geïndiceerd controleren'. Dit is tevens als zodanig opgenomen in hun behandelplan. Een dergelijke handelwijze geldt ook het fouilleren, een maatregel die net als alle andere proportioneel en geïndiceerd wordt ingezet. Deze proportionele, geïndiceerde handelwijze, ook vastgelegd in het behandelplan, past bij het streven een adequaat, drugsvrij behandelklimaat te realiseren.

### **3.5. Pakket aan patiëntgebonden maatregelen**

Alle FPC's hanteren regels over hoeveel en welke goederen de patiënt de kliniek mee binnen mag brengen. Ook wordt in alle klinieken de tas en kleding van patiënten gecontroleerd, ook deze maatregel wordt op indicatie ingezet.

Verder worden in alle FPC's urinecontroles en blaastests uitgevoerd, in alle fases en voor alle patiënten. Als eerder aangegeven worden dergelijke controles proportioneel en geïndiceerd ingezet.

Fouilleren en strippen zijn maatregelen die incidenteel ingezet worden indien daartoe aanleiding bestaat, uiteraard proportioneel en geïndiceerd, met uitzondering van de Bopz klinieken. Het visiteren en het afnemen van een bloedtest zijn maatregelen die maar zelden toegepast worden, in Bopz klinieken in het geheel niet.

### **3.6. Bouwkundige en perimeter maatregelen**

#### ***Beveiligingspersoneel en cameratoezicht***

De FPC's hanteren de visie dat de beveiliging van het klimaat in de klinieken integraal onderdeel is van het werk van alle medewerkers. Deze zijn daar immers speciaal voor opgeleid en getraind. Daarnaast hebben alle klinieken cameratoezicht op en rond het terrein. Enkele klinieken (vooral de rijksinrichtingen Oostvaarderskliniek en Veldzicht) maken additioneel gebruik van bewakingspersoneel. Alle klinieken hebben cameratoezicht. De camera's zijn geplaatst in de algemene ruimten, maar niet in de individuele ruimte van patiënt. Wel is het op indicatie toegestaan in de separeerruimte, zij het onder strikte condities en onder voorwaarde dat de patiënt hierover geïnformeerd is. Tegen de maatregel van cameratoezicht kan, net als tegen andere beslissingen, bezwaar en beroep aangetekend worden.

#### ***Kamercontrole/drugshonden***

Alle FPC's bedienen zich min of meer standaard van de mogelijkheid de kamer van de patiënt te controleren; uiteraard in situaties dat dit geïndiceerd is. De helft van de klinieken gebruikt een drugshond, allen slechts incidenteel (twee tot drie keer per jaar), namelijk wanneer het zeer sterke vermoeden bestaat dat er drugs zijn verstopt en men deze niet op andere wijze weet op te sporen. Bij een positieve bevinding neemt men maatregelen om de groep patiënten te laten bekennen, wie de drugs daar heeft verstopt.

Echter, vanuit de (behandel) noodzaak proportioneel en uitsluitend op indicatie te werk te gaan, wordt vooreerst ingezet op kamercontrole, en pas wanneer dit onvoldoende effectief is, wordt in het kader van 'stepped control' de drugshond ingezet.

Daarbij moet worden aangetekend dat een drugshond per keer slechts een beperkt aantal kamers kan controleren omdat zijn speurvermogen afneemt en eventueel aanwezige drugs niet meer aanwezig blijken te zijn als terugkeer van de hond bekend is of vermoed wordt.

#### ***Verzegelen van goederen***

Het verzegelen van goederen waar middelen in verstopt kunnen zijn, vinden de meeste klinieken geen effectieve maatregel voor het opsporen van middelengebruik. Zij geven de voorkeur aan kamercontroles of het strippen van de kamer bij het vermoeden dat een patiënt middelen heeft verstopt. Bovendien voorkomt men op deze wijze dat patiënten hun kamer onoverzichtelijk (en daarmee feitelijk lastig controleerbaar) maken. Juist omdat men de maatregel van het verzegelen van goederen niet als effectief ziet en er een goed alternatief voor handen is, ziet men deze maatregel maar zelden als een proportionele, subsidiaire, geïndiceerde keuze. Overigens wordt deze maatregel wel toegepast om de aanwezigheid van gegevensdragers zoals pornofilms en -foto's, te weren.

#### ***Pakket aan maatregelen***

Voor de bouwkundige en perimetermaatregelen zetten alle FPC's de volgende maatregelen, proportioneel en geïndiceerd, in: kamercontrole, personeel met integrale beveiligingstaak, cameratoezicht op en rond het terrein en cameratoezicht in de kliniek (algemene ruimten en separeerruimte). Het verzegelen van goederen waarin middelen verstopt kunnen worden, is een additionele maatregel die zonodig – waar proportioneel en geïndiceerd – genomen kan worden. Dit geldt ook voor de inzet van drugshonden. Naar gelang de situatie in de desbetreffende kliniek wordt bewakings- en/of beveiligingspersoneel ingezet.

### **3.7. Maatregelen ten aanzien van het contact met de buitenwereld**

#### ***Screenen en controleren sociale netwerk***

De klinieken brengen het sociale netwerk van de patiënt tijdens de intake/opnamefase in kaart. Bopz instellingen doen dit iets minder intensief dan de overige FPC's. De eersten doen dit in het kader van de behandeling, om zicht te krijgen op relevante personen in de omgeving van de patiënt die ondersteuning kunnen bieden bij de behandeling, of waaraan de instelling steun of therapie kan bieden. In de overige FPC's wordt het sociale netwerk altijd uitgebreid gescreend. Doel hiervan is om controle te houden op negatieve beïnvloeding van het milieu op de patiënt en zijn (delict)gedrag. Daarnaast wordt dit gedaan om criminogene factoren in het netwerk te neutraliseren tijdens de behandeling. Na screening wordt bepaald welke leden van het netwerk de patiënt in de kliniek mogen bezoeken en met welke leden telefonisch contact mogelijk is (screenen telefoonnummers).

Het intact laten of verbeteren van de sociale relaties van de patiënt met zijn (familie)netwerk vormt het uitgangspunt van de behandeling. Een vitaal sociaal netwerk is een belangrijke beschermende factor voor toekomstig crimineel gedrag. Wanneer bezoek zich misdraagt, of wanneer blijkt dat bezoek drugs meegenomen heeft, volgen er maatregelen. Dit kan inhouden dat het bezoek niet meer toegelaten wordt, of onder voorwaarden (bijvoorbeeld begeleid en onder toezicht of op voorwaarde dat men zich laat fouilleren). Alle bezoek moet altijd 'piepvrij' door de toegangspoortjes (verderop gaan we hier nader op in).

### ***Controle tas/kleding bezoek***

De klinieken (behalve de Bopz klinieken) controleren de tas en/of kleding van het bezoek tijdens de opname en behandelfase van de patiënt. Sommige instellingen controleren tassen of de kleding van het bezoek, als men een vermoeden heeft dat het bezoek 'contrabande' waaronder drugs meebrengt. Bezoek dat zijn tas niet wil openen, kan die in een kluis laten opbergen. Bezoek dat dit weigert wordt niet toegelaten.

### ***Regels over welke en hoeveel goederen het bezoek de kliniek mag binnenbrengen***

De klinieken hebben regels met betrekking tot de hoeveelheid en het soort goederen die het bezoek van een patiënt de kliniek in mag brengen. Sommige klinieken hebben als regel dat bezoekers geen onverpakte etenswaren mogen meenemen voor patiënten. Eén kliniek heeft de regel dat alle goederen eerst aan de portier/beveiliging moeten worden overhandigd.

### ***Controle post***

De klinieken controleren de post en het telefoonverkeer van patiënten waarbij een vermoeden bestaat van drugsinvoer of patiënten die geschiedenis met drugs hebben. Medewerkers kunnen dan in aanwezigheid van de patiënt de post open maken om na te gaan of goederen, dus ook drugs, meegezonden zijn. Inzage in de tekst van de brieven mogen alleen de klinieken die niet onder de Bopz vallen en uitsluitend onder strikte voorwaarden met een duidelijke aanleiding. Deze postmaatregel is beklagwaardig. Meeluisteren met telefoongesprekken vindt slechts zelden plaats en wordt ook alleen door de niet-Bopz klinieken gedaan. Ook deze maatregel dient proportioneel, subsidiair en geïndiceerd te zijn om te kunnen worden toegepast.

### ***Controle tijdens verlof***

Controle tijdens verlof wordt, toegepast tijdens de behandelfase waarin patiënten onbegeleid verlof hebben en tijdens de resocialisatiefase. In (het begin van) deze fase vinden de meeste FPC's het extra belangrijk om bepaalde controles plaats te laten vinden. Controle tijdens verlof (op het werk en op verlofadres c.q. de verlofbestemming van een patiënt) wordt onaangekondigd en aangekondigd uitgevoerd. Een andere methode is om de patiënt een mobiele telefoon mee te geven met de verplichting op bepaalde tijden naar de kliniek te bellen en contact te leggen met zijn begeleider/behandelaar en de verplichting om permanent bereikbaar te zijn. Dit is effectief om de verlofbestemming te controleren en geeft enige indruk van de conditie van de patiënt tijdens het verlof. Maar telefonische controle tijdens verlof is minder effectief ter voorkoming van drugsgebruik omdat de patiënt alleen telefonisch gesproken wordt.

### ***Controle bezorgservice***

Het kan gebeuren dat drugs de instelling in gesmokkeld worden via pizza's, andere bestelde etenswaren of via bestelde goederen van een postorderbedrijf. Klinieken maken pakketjes open als daar aanleiding voor is. Sommige instellingen hebben vaste afspraken met bepaalde leveranciers die als betrouwbaar worden gezien, andere instellingen doen de bestellingen op naam van de kliniek zodat er geen direct contact tussen patiënten en bezorgservice is en/of switchen vaak van leverancier. Ook is er een regel dat alleen voorverpakte etenswaren de kliniek in mogen worden gebracht. Over het algemeen geldt de regel dat koeriers de kliniek niet binnen mogen komen en hun waar bij de voordeur moeten achterlaten.

### ***Fouilleren van bezoek***

De helft van de instellingen fouilleert het bezoek tijdens de opname- en behandelfase van de patiënt. De indicatie daartoe is als er redenen zijn te veronderstellen dat het bezoek drugs binnenbrengt. Sommige instellingen kiezen ervoor toegang tot de kliniek te ontzeggen indien het bezoek zich niet wil laten fouilleren. De afweging wel/niet fouilleren loopt langs de lijn van proportionaliteit en mate van geïndiceerd zijn.

Omdat alle bezoekers gescreend worden, is afdwingbaar dat zij zich voegen naar de controlemaatregelen, zij het dat ook hier proportionaliteit en subsidiariteit en de indicatie bepalend zijn voor het inzetten van de maatregel. Alleen in het kader van de Wet Bopz kan deze maatregel niet ingezet worden.

Instellingen met een toegangspoortje controleren het bezoek op deze manier, maar wanneer men daar piepvrij doorheen gaat, betekent het nog niet dat men geen drugs bij zich heeft. Dan is fouilleren alsnog aangewezen. Dit gebeurt echter in uitzonderlijke gevallen, als er een ernstig vermoeden bestaat dat het bezoek drugs bij zich heeft. Als eerder opgemerkt, volgen er maatregelen (gericht op het bezoek) als bezoek zich misdraagt of drugs meegenomen heeft.

#### ***Pakket aan maatregelen***

Voor dit type maatregelen (contact met de buitenwereld) zetten alle FPC's de volgende maatregelen, proportioneel en geïndiceerd, in: controle tas/kleding bezoek, regels over welke en hoeveel goederen het bezoek de kliniek mag binnenbrengen, controle op de meegebrachte goederen en controle op bezorgservice. In beperkte mate, en op maat geïndiceerd in een beperkt aantal gevallen vanwege het proportionaliteitsprincipe, wordt ingezet op het weigeren van bezoek en het controleren van contacten met de buitenwereld (post of telefoongesprekken). Meer incidenteel, uiteraard geïndiceerd en proportioneel, worden de maatregelen controle tijdens verlof en het fouilleren van het bezoek ingezet.

### **3.8. Inzet sociale controle**

De instellingen zetten sociale controle in tijdens alle behandelfasen. Sociale controle door medepatiënten wordt gezien als een zeer effectief middel en is een integraal onderdeel van de behandelvisie van elke FPC. De wijze waarop de sociale controle vorm krijgt verschilt, ook naar gelang de patiëntenpopulatie. En hoewel patiënten het vaak als verraad zien de aanwezigheid van drugs (soms anoniem) te melden, doen zij dit wel, juist omdat zij er last van ondervinden. En medepatiënten zien vaak meer dan medewerkers. Medewerkers van de kliniek benadrukken dat het in het belang is van ieders veiligheid en benadrukken de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van personeel en patiënten voor de veiligheid in de kliniek en voor het voorkomen van terugval van de patiënten. Er wordt naar gestreefd patiënten medeverantwoordelijk te maken voor het veilige behandelklimaat, waarmee geappelleerd wordt aan de gezonde kanten van patiënten.

### **3.9. Variatie geduid**

Hoewel alle FPC's een drugsvrije behandelsetting nastreven, blijkt er een zekere variatie in de toepassing van de maatregelen over de klinieken heen. Deze variatie is te duiden door de combinatie waarbij enerzijds iedere kliniek erop stuit een adequaat behandelklimaat te creëren anderzijds daartoe geïndiceerd en proportioneel maatregelen inzet. De lichtste maatregelen zijn altijd en voor alle FPC's proportioneel, subsidiair en geïndiceerd, en dienen om te monitoren in hoeverre er wel/niet middelen (drugs/alcohol) gebruikt worden en om te bepalen of, wanneer, in welke mate, met welke frequentie, voor welke patiënten/patiëntgroepen zwaardere maatregelen ingezet moeten worden.

De lichtste maatregelen worden door alle FPC's gehanteerd. De variatie van de overige maatregelen heeft van doen met de ingeschatte noodzaak om onder omstandigheden meer en/of zwaardere maatregelen in te zetten ten einde een drugsvrije behandelsetting te creëren. Ten slotte treedt er een zekere variatie op naar gelang de patiëntenpopulatie (als een voor de hand liggend voorbeeld: Hoeve Boschoord die zich richt op verstandelijk gehandicapten).



## 4. Beperkende maatregelen

### 4.1. Inleiding

Hoewel de Bvt de mogelijkheid tot het opleggen van sancties biedt, hanteren de FPC's alleen maatregelen in het kader van orde en veiligheid. De behandeling staat voorop en om een zo ongestoord mogelijke voortgang daarvan te kunnen waarborgen worden maatregelen getroffen die weliswaar als sanctie ervaren kunnen worden door de patiënt, maar hun grondslag vinden in het bewaken van de orde en veiligheid in het FPC. Inmiddels is voldoende aangetoond dat sanctionering niet effectief is in de behandeling van verslaving. De FPC's hanteren alle tot hun beschikking staande beperkende maatregelen in het kader van de orde en veiligheid en doen dat volgens het principe van 'stepped control': de minst intrusieve eerst en vervolgens maatwerk, afhankelijk van de behandelfase en de doelgroep; dus proportioneel, subsidiair en geïndiceerd. De inzet is daarbij dat alle in te zetten maatregelen geprotocolleerd en toetsbaar vastgelegd zijn.

Ook in de Bopz klinieken hanteert men het begrip sanctie niet. In de Wet Bopz worden alleen vrijheidsbeperkende maatregelen genoemd. Deze vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden toegepast wanneer er sprake is van gevaar voor de patiënt of zijn omgeving als gevolg van de geestesstoornis, dat niet op een andere manier kan worden afgewend.

Gezien het bovenstaande, stellen wij voor om in dit kader te spreken over 'consequenties van middelengebruik', of kortweg 'beperkende maatregelen'.

### 4.2. Beperkende maatregelen

Als beperkende maatregelen hanteren de FPC's onder andere het ontzeggen van bezoek/telefoon, het beperken van de bezoektijd, het separeren, het intrekken van interne bewegingsvrijheden, begeleiding in kliniek, verlot onder begeleiding, intrekken van verlot en insluiten op kamer. En deze opsomming is niet uitputtend; van belang is echter dat er in de praktijk een relatie is tussen het middelgebruik en de op te leggen beperkende maatregel.

Deze maatregelen zijn, evenals de controlemaatregelen, niet exclusief voor patiënten die middelen gebruiken, maar ook kan het gaan om andere overtredingen of zaken die de orde en veiligheid in gevaar brengen. Een aantal van deze maatregelen kunnen in het kader van de Wet Bopz niet door de Bopz aangemerkte klinieken worden uitgevoerd, tenzij het gaat om een (dwang) maatregel die moet worden toegepast om het gevaar voortkomend uit de geestesstoornis af te wenden. Dan is separeren, een prikkelarme kamer, begeleiding in de kliniek, gedwongen volgen van een behandeling/medicatie, vrijheidsbeperking in en rond de kliniek etc. mogelijk.

### ***Kamer- en afdelingsarrest***

De FPC's passen kamer- en afdelingsarrest toe, bijvoorbeeld omdat de patiënt in contact met medepatiënten drugs heeft gebruikt of gehandeld. In dat geval wordt hij beperkt in zijn interne bewegingsvrijheid. Of de patiënt mag niet of slechts onder begeleiding naar bepaalde activiteiten die buiten de afdeling plaatsvinden, zoals bepaalde therapieën, gaan. Het toepassen van dit type maatregelen is ook afhankelijk van de patiënt.

### ***Behandelpauze***

Een behandelpauze bestaat meestal uit een paar dagen en is een overdenkingperiode waarna de patiënt dient aan te geven of hij verder wil en hoe. Dan vindt er vervolgens een gesprek plaats, worden de afspraken in het behandelplan aangescherpt en kan de behandeling worden voortgezet. Het focus ligt bij het inzicht verkrijgen van behandelteam en patient in het midde-  
lengtegebruik, de uitlokkende factoren en wat er nodig is het gebruik te staken. Bij het stopzet-  
ten van een deel van het programma, wordt dus bekeken wat een patiënt juist wel nodig heeft en die onderdelen gaan juist wel door.

### ***Intrekken van verlof***

Intrekken: het opschorten (machtiging kan intact blijven) van verlof wordt gehanteerd als er een vermoeden bestaat dat patiënten in strijd met de verlofvoorwaarden gebruiken die in het verlofplan zijn opgenomen.

### ***Volgen van een behandelmodule***

Deze maatregel hanteert een enkele kliniek, als blijkt dat door het gebruik van middelen een patiënt het extra nodig heeft om bepaalde module (nogmaals) te volgen. Hem kan dan worden aangegeven dat het volgen van de behandeling noodzakelijk is om zijn behandeling verder succesvol te kunnen afronden. Dit kan gaan om een behandelmodule op het gebied van verslavingsproblematiek. Tevens kan in het kader van aanvullende diagnostiek een functionele analyse geïndiceerd zijn van het geconstateerde gebruik ter actualisering van een lopend behandel aanbod op het gebied van verslaving.

## 5. Interne sturing op kwaliteit

### 5.1. Inleiding

Registratiesystemen 'an sich' hebben in een organisatie geen betekenis, maar krijgen pas betekenis als ze een bepaald doel dienen. Het zijn instrumenten om bijvoorbeeld kwaliteit van de zorg en de bedrijfsvoering te verhogen. In die context dienen we de registraties met betrekking tot de drugscontroles te plaatsen.

De meeste instellingen maken voor de analyses van de urinecontroles gebruik van het Deltalab en krijgen vervolgens de uitslagen op patiëntniveau terug. De behandelaar of het hoofd van de betreffende afdeling kan dan maatregelen nemen op patiëntniveau. De afdelingshoofden/behandelcoördinatoren krijgen inzage in de uitslagen. Ze worden besproken in de teams en daar wordt het beleid ten aanzien van de afdeling of individuele patiënten daarin, vastgesteld. De vraag is of er sprake is van het bijhouden van deze uitslagen door het jaar heen. En zo ja, of met deze registraties ook een vorm van kwaliteitsbewaking van het drugsbeleid in gang wordt gezet. In dit hoofdstuk gaan we daar nader op in.

### 5.2. Registratiesysteem

Een aantal klinieken heeft een registratiesysteem voor de uitkomsten van controles op middelengebruik, apart of geïntegreerd in het Veiligheids Management Systeem (VMS). De overige klinieken hebben een ander registratiesysteem (MITS<sup>6</sup> of op afdelingsniveau zelf ontwikkeld Excel bestand). Het resultaat van de tests wordt in een aantal klinieken naar de commissie bijzondere voorvallen toegezonden of het meldpunt incidenten patiëntenzorg gezonden, in andere klinieken ontvangt het hoofd van de inrichting of diens plaatsvervanger een overzicht van de uitslagen en kan zo nodig aanvullende maatregelen nemen.

### 5.3. Managementinformatie

Bij alle klinieken, op één na, zijn de uitkomsten van de controles geen onderdeel van de managementrapportage. De leidinggevenden van de afdelingen hebben daarmee dus geen zicht op trends in de uitkomsten van controles en kunnen op grond daarvan hun beleid niet bijsturen. Bijsturen gebeurt alleen op basis van de uitslagen op patiëntniveau. Dan gaat men na welke maatregelen er voor de afdeling of de individuele patiënt genomen dienen te worden. De meeste klinieken vinden het een gemis dat er geen goed registratiesysteem aanwezig is en dat managementinformatie ontbreekt. Sommige klinieken zijn bezig een dergelijk systeem te implementeren dan wel melden dat er binnenkort een systeem wordt geïntroduceerd.

---

<sup>6</sup> MITS is voor alle klinieken die vallen onder de Bvt verplicht.

## Bijlage 1 De deelnemende instellingen

FPC de Rooyse Wissel

FPC Oldenkotte

FPC Veldzicht

FPC Hoeve Boschoord

FPC Pompestichting

FPC Van Mesdag kliniek

FPC de Kijvelanden

FPC Dr. Henri van der Hoeven

FPC Oostvaarderskliniek

FPK GGzE (Divisie Forensische en Intensieve Psychiatrie)

FPK GGZ Drenthe (Divisie Forensische Psychiatrie)

FPK AMC De Meren (Arkin)