



Inspectie voor de Sanctietoepassing  
*Ministerie van Justitie*

# FPC de Oostvaarderskliniek

Inspectierapport

Doorlichting



# FPC de Oostvaarderskliniek

Inspectierapport

Doorlichting

augustus 2009

# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>6</b>
	<b>Samenvatting</b>	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>12</b>
	1.1 Aanleiding en doel	13
	1.2 Reikwijdte van de doorlichting	13
	1.3 Toetsingskader	13
	1.4 Opzet	14
	1.5 Objectbeschrijving	15
	1.6 Recent onderzoek	16
	1.7 Leeswijzer	16
<b>2</b>	<b>Rechtspositie en bejegening</b>	<b>18</b>
	2.1 Informatie- en hoorplicht	19
	2.2 Controle en geweldgebruik	21
	2.3 Bewegingsvrijheid binnen het fpc	22
	2.4 Contact met de buitenwereld	23
	2.5 Verzorging, activiteiten en arbeid	24
	2.6 Disciplinaire straffen en maatregelen	26
	2.7 Omgang met tbs-gestelden	26
	2.8 Functioneren bemiddelings- en beklagprocedure	27
	2.9 Medezeggenschap	28
	2.10 Verlenging van de tbs met verpleging	29
	2.11 Longstayplaatsing	30
	2.12 Conclusie	30
<b>3</b>	<b>Interne veiligheid</b>	<b>32</b>
	3.1 Interne veiligheidsvoorzieningen	33
	3.2 Bestrijding drugsgebruik	34
	3.3 Bestrijding onderlinge agressie	35
	3.4 Integriteit	36
	3.5 Conclusie	37
<b>4</b>	<b>Maatschappijbeveiliging</b>	<b>38</b>
	4.1 Materiële beveiliging tegen ontvluchtingen	39
	4.2 Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij	40
	4.3 Conclusie	43

<b>5</b>	<b>Organisatieaspecten</b>	<b>44</b>
5.1	Personeelsmanagement	45
5.2	Communicatie	46
5.3	Conclusie	47
<b>6</b>	<b>Slotbeschouwing</b>	<b>48</b>
	<b>Bijlage 1 Aanbevelingen</b>	<b>50</b>
	<b>Bijlage 2 Afkortingen</b>	<b>52</b>
	<b>Bijlage 3 Bronnen</b>	<b>54</b>
	<b>Bijlage 4 Inspectieprogramma</b>	<b>56</b>
	<b>Bijlage 5 Geografische ligging</b>	<b>58</b>



# Voorwoord

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) heeft in juni 2009 een doorlichting uitgevoerd bij het Forensisch Psychiatrisch Centrum de Oostvaarderskliniek te Almere.

Het algemene beeld dat de Inspectie aantrof is dat de kliniek overwegend voldoet aan de criteria waaraan de ISt tijdens een doorlichting toetst. Naast enkele aanbevelingen ter verbetering van de huidige werkwijze signaleert de ISt als good practice de manier waarop het fpc omgaat met gevallen waarin de tbs door de rechter beëindigd wordt tegen het advies van de kliniek. Het fpc zorgt dan voor goede begeleiding en nazorg. Hoewel deze situatie zich het afgelopen jaar feitelijk slechts een enkele keer heeft voorgedaan, vindt de ISt het toch van belang deze werkwijze breder onder de aandacht te brengen.

Met de doorlichting van FPC de Oostvaarderskliniek sluit de ISt een reeks van acht doorlichtingen van fpc's af. De reeks opende met de doorlichting van FPC de Kijvelanden in januari 2008.

Voor het eind van 2009 zal de Inspectie nu een samenvattend rapport uitbrengen waarin zij algemene conclusies over het functioneren van de fpc's en rode draden die door haar bevindingen heenlopen zal beschrijven.

W.F.G. Meurs  
hoofdinspecteur



# Samenvatting

De Ist heeft in juni 2009 FPC de Oostvaarderskliniek doorgelicht op basis van het toetsingskader voor forensisch psychiatrische centra van oktober 2008. Met de doorlichting van FPC de Oostvaarderskliniek sluit de Ist een reeks van acht doorlichtingen van fpc's af. De reeks opende met de doorlichting van FPC de Kijvelanden in januari 2008.

Het doel van de doorlichting is te beoordelen hoe het in de Oostvaarderskliniek is gesteld met de rechtspositie en bejegening van tbs-gestelden, de interne veiligheid, de maatschappijbeveiliging en de daarmee samenhangende aspecten van organisatie. De Ist beschouwt daarbij de drie dimensies beleid, uitvoering en borging.

Het algemene beeld dat uit de doorlichting van de Oostvaarderskliniek naar voren komt is dat binnen de Oostvaarderskliniek, op enkele uitzonderingen na, het beleid, de uitvoering en de borging overwegend tot volledig voldoen.

Sinds april 2009 beschikt de Oostvaarderskliniek over een HKZ-certificaat. De inzet om dit certificaat te behalen zal zeker mede hebben bijgedragen aan de openheid en het zelfbewustzijn van de organisatie. Dit uit zich in de mate waarin en volledigheid waarmee beleid, protocollen en werkwijzen zijn vastgelegd. De transparantie maakt ook zichtbaar dat in een enkel geval het beleid nog vooruitloopt op de daadwerkelijke uitvoering en dat de kliniek nog niet toegekomen is aan borging in de zin van evaluatie.

### **Rechtspositie en bejegening**

Op het aspect rechtspositie en bejegening voldoet de Oostvaarderskliniek op een enkele uitzondering na overwegend tot volledig. In de uitvoering zijn de uitzonderingen de beperktheid van de bibliotheekvoorziening en de te lange afhandelingstermijnen van de bemiddelings- en beklagprocedure vanwege een gebrek aan continuïteit in het secretariaat van de cvt. In het beleid is de uitzondering dat de kliniek de kaderstelling voor de toepassing van maatregelen beperkt heeft tot middelengebruik. In de borging op het aspect rechtspositie en bejegening is er één uitzondering op het criterium disciplinaire straffen en maatregelen en één op het criterium bemiddelings- en beklagprocedure.

In het over het geheel genomen positieve beeld op rechtspositie en bejegening springt de inzet van de kliniek op het criterium verlenging van tbs met verpleging in het oog. Wanneer de rechter, tegen het advies van de kliniek in, beëindiging van de tbs-maatregel gelast, zorgt de kliniek voor een goede begeleiding naar buiten en maakt zo nodig een vrijwillig verlengd verblijf in de kliniek mogelijk.

### **Interne veiligheid**

Op het aspect interne veiligheid voldoet de Oostvaarderskliniek op één uitzondering na overwegend tot volledig. Vanwege het geringe aantal incidenten is de borging op het criterium bestrijding van onderlinge agressie en geweld nog beperkt tot ontwikkeling gekomen. Ook op het criterium bestrijding van onderlinge agressie valt op dat een geïntegreerde beschrijving van beleid ontbreekt.

### **Maatschappijbeveiliging**

Op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet de Oostvaarderskliniek overwegend tot volledig op de twee onderscheiden criteria, materiële beveiliging tegen ontvluchting en geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij.

### **Organisatieaspecten**

Op organisatieaspecten voldoet de Oostvaarderskliniek overwegend tot volledig. Mogelijk verbeterpunt in het personeelsmanagement is een kliniekbreed opleidingsplan. De communicatie kan aan transparantie winnen met een publicatieverslag van het managementteam, zodat de besluitvorming wat meer navolgbaar is.

In augustus 2008 opende de Oostvaarderskliniek in een nieuw gebouw in Almere na een verhuizing vanuit Amsterdam en Utrecht. Het is opvallend te zien hoe na tien maanden de verhuizing en het samengaan van twee deelorganisaties zo rimpelloos lijkt verlopen. De Ist trof tijdens haar inspectie geen dispuut aan over Amsterdamse of Utrechtse werkwijzen. De transparantie van het nieuwe gebouw straalt door in een organisatie met een zichtbaar open cultuur.

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

## **Aanbevelingen**

De ISt beveelt FPC de Oostvaarderskliniek onder meer het volgende aan:

- Voorzie de interne doormandatering voor de zogenoemde voorbehouden handelingen van een wettelijke basis door een machtiging daartoe te verkrijgen van de minister van Justitie.
- Evalueer met de tbs-gestelden de collectie van de bibliotheek en vul de collectie aan met inzagedocumenten over de in de kliniek geldende wet- en regelgeving zoals het handboek Rechtspositie TBS-gestelden.
- Formuleer een geïntegreerd beleid gericht op het voorkomen van onderlinge agressie met bijvoorbeeld een gedragscode voor tbs-gestelden en maak dat bekend bij de medewerkers, de tbs-gestelden en de bezoekers.
- Bezie de procesbeschrijving ‘aanvraag verlofmachtiging’ op volledigheid bij de stap tussen het advies van de verlofcommissie en het besluit van de directie en monitor en evalueer het proces van aanvragen.

**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 beoordelen. FPC de Oostvaarderskliniek is een van de twee rijksklinieken voor tbs-gestelden en is een onderdeel van de sector Forensische Zorg (ForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). De ISt heeft de Oostvaarderskliniek niet eerder doorgelicht. Met de doorlichting van de Oostvaarderskliniek sluit de ISt een reeks van acht doorlichtingen van fpc's af. De reeks opende met de doorlichting van FPC de Kijvelanden in januari 2008.

### Doel

Het doel van de doorlichting is te beoordelen hoe het in de Oostvaarderskliniek is gesteld met de rechtspositie van tbs-gestelden, de veiligheid en de daarmee samenhangende aspecten van organisatie. Aan de hand van haar oordeel doet de ISt verbetervoorstellen in de vorm van aanbevelingen.

## 1.2 Reikwijdte van de doorlichting

FPC de Oostvaarderskliniek is een verpleeg- en behandelcentrum gevestigd in Almere en biedt plaats aan 174 tbs-gestelden. Daarnaast heeft de kliniek nog 23 buitenplaatsen voor transmuraal verlof en proefverlof. Deze buitenplaatsen liggen verspreid over het land en vallen buiten het bestek van de doorlichting.

## 1.3 Toetsingskader

Voor de doorlichting van FPC de Oostvaarderskliniek heeft de ISt het standaardtoetsingskader voor fpc's gebruikt. Dit toetsingskader is gebaseerd op (inter)nationale wet- en regelgeving.<sup>1</sup> Het toetsingskader omvat de aspecten:

- rechtspositie en bejegening van tbs-gestelden;
- interne veiligheid;
- maatschappijbeveiliging en
- organisatie.

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

Deze aspecten geven, in samenhang, een goed beeld van de stand (en gang) van zaken in een fpc vanuit het perspectief van de ISt.<sup>2</sup>

Genoemde aspecten zijn opgedeeld in criteria. De ISt komt aan de hand van die criteria tot een oordeel op de drie 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 gaat de ISt na in hoeverre op handelingsniveau de toepassing van het beleid is zeker gesteld en in hoeverre het fpc zijn beleid periodiek op effectiviteit evalueert en zonodig bijstelt.

De ISt formuleert haar oordeel in de volgende vier waarderingen:

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

## 1.4 Opzet

### Methode

Voor een doorlichting verzamelt de ISt feitelijke gegevens door documentonderzoek, observaties in het fpc en interviews met betrokkenen bij het fpc. Het standaardtoetsingskader vormt het uitgangspunt van de doorlichting. Dit toetsingskader is uitgewerkt in een aantal gestructureerde vragen- en checklijsten. Op grond van vooraf door het fpc verstrekte documentatie stelt de ISt aanvullende informatie vragen op. De ISt zet alle verzamelde gegevens af tegen de criteria uit het toetsingskader en komt zo tot een oordeel over het beleid, de uitvoering en de borging (zie 1.3).

De doorlichting van FPC de Oostvaarderskliniek is uitgevoerd door twee inspecteurs gedurende drie dagen. Gedurende twee dagen heeft een derde inspecteur ondersteuning geleverd. Zie bijlage 4 voor het volledige inspectieprogramma van de doorlichting.

---

<sup>2</sup> De ISt houdt geen toezicht op de uitvoering van de zorgwetgeving. Dit doet de Inspectie voor de gezondheidszorg.

## Tijdpad

Op 28 april 2009 heeft de Ist de doorlichting aangekondigd. De doorlichting is op 16, 17 en 18 juni 2009 uitgevoerd. De algemeen directeur van de Oostvaarderskliniek heeft op 8 juli 2009 de conceptversie van het inspectierapport voorgelegd gekregen voor wederhoor op de feitelijke bevindingen. De Ist heeft de wederhoorreactie op 24 juli 2009 ontvangen. Op 10 augustus 2009 heeft de hoofdinspecteur het inspectierapport vastgesteld en aangeboden aan de staatssecretaris van Justitie.

## 1.5 Objectbeschrijving

FPC de Oostvaarderskliniek is in januari 2003 ontstaan door een fusie van twee kleinere instellingen, de Singel in Amsterdam (56 plaatsen) en de Dr. F.S. Meijerskliniek in Utrecht (79 plaatsen). Met het oog op de gezamenlijke huisvesting in Flevoland noemde de fusieorganisatie zich Flevo Future. Per juni 2006 veranderde de naam in FPC de Oostvaarderskliniek. De Oostvaarderskliniek is sinds augustus 2008 gevestigd in een nieuw complex in Almere.

De nieuwe kliniek biedt ruimte voor het verplegen en behandelen van 174 tbs-gestelden. De kliniek beschikt over een resocialisatieafdeling, die onderdeel uitmaakt van het complex en die een eigen uit- en ingang heeft. Hier kunnen minimaal 12 tbs-gestelden verblijven die met onbegeleid verlof gaan.

In de Oostvaarderskliniek werken ruim 400 medewerkers in fulltime equivalenten. De kostprijs van verpleging en behandeling van een tbs-gestelde was in 2008 € 455 per dag. Vanuit Almere deed de Oostvaarderskliniek nog geen melding van een bijzonder voorval.

Tabel 1 geeft een overzicht van de soorten afdelingen en de capaciteit. De kliniek beschikt niet over een intensieve zorgafdeling en niet over een longstayvoorziening<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Als de behandeling geen effect heeft en het delictgevaar aanwezig blijft stroomt een tbs-gestelde door naar een longstayvoorziening elders in het land.



Tabel 1 Capaciteit en zorgprogramma's FPC de Oostvaarderskliniek 2009

Zorgprogramma	Afdeling	Plaatsen	
Langdurend (LBA*)	Beekvliet 1	11	
Doorplaatsing FPK/FPA**	Beekvliet 2	11	
Ontwikkelbaren	Verslaving	Bronstee 1	11
	Regulier	Bronstee 2	11
		Kievit 1 en 2	22
		Kogge 1	11
Langdurend (LBA)	Kogge 2	11	
Kwetsbaren	Autisme	Maasland 1	11
	Psychose	Maasland 2	11
	Psychose	Meresteijn 1 en 2	22
	Crisis	Reigersdaal 1	9
	DGT***	Reigersdaal 2	9
	Transitie	Rozenbeek 1	6
	Motivatie	Rozenbeek 2	6
Resocialisatie	Sterreschans	12	
<i>Totaal</i>		<i>174</i>	

\*Langdurendbehandelafdeling. \*\*Forensisch psychiatrische kliniek/Forensisch psychiatrische afdeling. \*\*\*Dialectische gedragstherapie.

## 1.6 Recent onderzoek

In januari 2009 onderging de Oostvaarderskliniek een kwaliteitsaudit om een HKZ<sup>4</sup>-certificaat te verkrijgen. De Oostvaarderskliniek beschikt sinds 26 april 2009 over een HKZ-certificaat.

## 1.7 Leeswijzer

De navolgende hoofdstukken behandelen elk een aspect uit het toetsingskader. Elke paragraaf opent met de standaardomschrijving van het toegepaste criterium uit het toetsingkader. Hierop volgen de bevindingen, het oordeel en eventuele aanbevelingen. Elk hoofdstuk besluit met een conclusie. Het laatste hoofdstuk geeft een slotbeschouwing.

<sup>4</sup> HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector.



## 2

# Rechtspositie en bejegening

Dit hoofdstuk gaat aan de hand van een elftal criteria uit het toetsingkader in op de vraag hoe het gesteld is met de rechtspositie en bejegening van de tbs-gestelden in de Oostvaarderskliniek. Elke paragraaf opent met een standaardtekst die kort de maatstaf beschrijft die de Inspectie hanteert. Daarna volgen haar bevindingen, oordeel en eventuele verbetervoorstellen in de vorm van aanbevelingen. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie over de rechtspositie en bejegening.

## 2.1 Informatie- en hoorplicht

### **criterium**

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

### **Bevindingen**

#### *Binnenkomst*

De kliniek heeft voor de tbs-gestelden een introductiebrochure opgesteld voor de eerste kennismaking met de Oostvaarderskliniek (In de oostvaarderskliniek, informatie voor patiënten, maart 2008). De huisregels, van augustus 2008, stemmen overeen met het Model Huisregels justitiële TBS-inrichtingen. De regeling zak- en kleedgeld en het beloningssysteem voor de deelname aan de arbeid door tbs-gestelden uit het Model Huisregels is vastgelegd in de Financiële regelgeving (2009). De huisregels zijn in de Nederlandse taal en niet in een andere taal beschikbaar. Overigens verblijven er in de Oostvaarderskliniek nauwelijks anderstalige tbs-gestelden. De introductieprocedure voor een binnenkomende tbs-gestelde is vastgelegd in een procesbeschrijving en een checklist opname ondersteunt de volledigheid van de introductie.

De huisregels maken deel uit van de standaardinventaris van de kamer van een tbs-gestelde. De map met huisregels bevat ook de afdelingsregels en nadere regelgeving zoals over toepassing van geweld en gedwongen medische behandeling. Uiterlijk een dag na binnenkomst voert de sociotherapeut het binnenkomstgesprek met de tbs-gestelde over de gang van zaken binnen de kliniek. Voor de tbs-gestelde is de overgang van een penitentiaire inrichting naar de kliniek groot. De geïnterviewde tbs-gestelden vinden daarom dat de intake te weinig ingaat op de nieuwe omstandigheden als het groepsproces en gezamenlijke afdelingstaken als samen koken.

De huisregels zijn actueel. De afdelingsregels zijn maximaal één jaar oud. Dagrapportages en aftekenlijsten en ook het toezicht van afdelingshoofden borgen de daadwerkelijke intake van de tbs-gestelden. Het personeel onderscheidt zich van de tbs-gestelden door een badge te dragen met naam en functie.

#### *Horen en informeren*

Het horen en schriftelijk informeren van tbs-gestelden over beslissingen is vastgelegd in protocollen. De geïnterviewde tbs-gestelden zeggen dat de beslissing op papier in een enkel geval op zich laat wachten en in dat ene geval niet binnen 24 uur wordt uitgereikt.

Eind vorig jaar heeft het hoofd van de inrichting alle afdelingshoofden Therapeutisch Milieu aangewezen als vervangers van het hoofd van de inrichting (art. 6, vierde lid Bvt). Op deze wijze heeft het hoofd deze afdelingshoofden intern gemandateerd om de aan het hoofd van de inrichting voorbehouden handelingen op te leggen. Volgens de Bvt wijst het hoofd personen aan als zijn vervanger met machtiging van de minister van Justitie. De Oostvaarderskliniek heeft deze machtiging niet gevraagd. Hierdoor heeft het mandaat van de afdelingshoofden geen wettelijke basis

#### **Oordeel**

Op het criterium informatie- en hoorplicht voldoen het beleid, de uitvoering en borging overwegend. Een vertaling van de huisregels ontbreekt en de intake zou uitvoeriger in kunnen gaan op het groepsproces op de woonafdeling. Het mandaat aan de afdelingshoofden Therapeutisch Milieu voor de zogenoemde voorbehouden handelingen heeft geen wettelijke basis.

#### **Aanbevelingen**

- Maak de huisregels in meerdere talen beschikbaar, zodra daar behoefte aan ontstaat.
- Voorzie de interne doormandatering voor de zogenoemde voorbehouden handelingen van een wettelijke basis door een machtiging daartoe te verkrijgen van de minister van Justitie.

## 2.2 Controle en geweldgebruik

### Criterion

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

### Bevindingen

Vrijheidsbeperkende middelen worden alleen ingezet door medewerkers geïntegreerde beveiliging. Deze zijn allen daartoe getraind. De sociotherapeuten zijn RADAR-CFB-getraind<sup>5</sup> en dienen die training te onderhouden met een onderhoudstraining van minimaal tien keer per jaar. Bij een deelname van minder dan tien keer per jaar verliest het certificaat van de betreffende medewerker zijn geldigheid. De afdelingshoofden ontvangen per kwartaal een deelnameoverzicht, zodat zij kunnen toezien op de deelname aan de onderhoudstrainingen.

Wanneer zich een onbedoelde gebeurtenis in het primaire proces voordoet, welke tot schade aan de patiënt, medewerker of bezoek leidt (of zou kunnen leiden) maakt de betreffende medewerker hiervan melding bij de Mip/Fona<sup>6</sup>-commissie. De Mip/Fona-commissie registreert en categoriseert meldingen en signaleert trends. De commissie rapporteert eenmaal per vier maanden aan de directie en doet op basis van de bevindingen aanbevelingen voor verbetering. De Mip/Fona-commissie vergadert eenmaal per vier weken. Regelmatig doet de Mip/Fona-commissie navraag bij een melder om meer duidelijkheid te krijgen over de gebeurtenis of om herstelacties te bevorderen. Dit laatste kan naar aanleiding van een incidentele melding zijn, maar veel vaker gebeurt dit op basis van overkoepelende bevindingen, bijvoorbeeld als een bepaald type fout zich in korte tijd herhaalt, of als er samenhang wordt gezien met een ander type fout. In opdracht van de directie wordt elke maand een incident multidisciplinair geanalyseerd met behulp van de methode Prisma<sup>7</sup>. Het doel is de basisoorzaken van het incident te detecteren, als aangrijpingspunt voor verbetering. Iedere vergadering selecteert de Mip/Fona-commissie hiervoor een melding. Een belangrijk selectiecriteria is dat meerdere disciplines bij het incident

<sup>5</sup> RADAR = Registratie agressie diagnostiek analyse risico's; CFB = Controle en fysieke beheersing.

<sup>6</sup> Mip staat voor Melding incident patiënt. Fona staat voor Fouten, ongevallen, near accidents.

<sup>7</sup> Prisma staat voor Prevention and recovery information system for monitoring and analysis.

betrokken zijn. Resultaten en aanbevelingen worden gerapporteerd aan de directie. De directie kan ook buiten de Mip-meldingen om opdracht geven een incident te analyseren met Prisma-methode. Toepassing van dwang- en vrijheidsbeperkende middelen worden dus niet standaard gemeld aan de Mip/Fona-commissie. Er wordt alleen een melding gemaakt wanneer de toepassing van het dwang- of vrijheidsbeperkende middel niet juist wordt uitgevoerd en de patiënt en/of medewerker hierbij schade heeft opgelopen (zou kunnen oplopen). In augustus 2009 start de kliniek met het inrichten van een digitale meldmodule (iVIM). Het voornemen is om de module eind 2009 te implementeren. In deze module zal van elk incident de opvolging tot en met het evalueren van de getroffen maatregel inzichtelijk zijn. Uit de aanwezige medewerkers geïntegreerde beveiliging is een Bijzondere calamiteitenteam (BCT) samen te stellen, dat onder meer ingezet wordt bij separeren. De kliniek heeft een convenant met de p.i.'s Almere, Lelystad en Zwolle voor eventueel noodzakelijke extra inzet, met name 's nachts.

### **Oordeel**

Op het criterium controle en geweldgebruik voldoen het beleid en de uitvoering. De borging voldoet overwegend omdat er nog geen dekkende registratie is van de incidenten waarbij toepassing van geweld of vrijheidsbeperkende middelen plaatsvond aan de hand waarvan de inzet van van geweld en vrijheidsbeperkende middelen kan worden bewaakt en geëvalueerd.

## **2.3 Bewegingsvrijheid binnen het fpc**

### **Criterium**

Het fpc beschikt over een beschrijving van de afdelingskarakteristieken, met bijbehorende afdelingsregels. Tbs-gestelden zijn dagelijks in de gelegenheid 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**

FPC de Oostvaarderskliniek heeft geen afdeling intensieve zorg. De huisregels en de afdelingsregels beschrijven hoe de bewegingsvrijheid van de tbs-gestelden is geregeld. Daarnaast is de individuele bewegingsvrijheid geregeld in de kleuren groen, oranje en rood. Binnen de kliniek spreekt men van een groene, oranje of rode kaart voor de individuele bewegingsvrijheid. Bij een rode kaart mag de tbs-gestelde alleen onder begeleiding de

woonafdeling verlaten. Bij een groene kaart mag de tbs-gestelde zich binnen het kader van het dagprogramma zonder begeleiding buiten de afdeling begeven. De geldende kleuren van de tbs-gestelden zijn bekend bij het afdelingspersoneel en zij zien toe op de juiste toepassing.

Behoudens de nacht zijn er twee insluitingsmomenten: van 11.30 tot 12.00 uur en van 18.30 tot 19.00 uur. Van 8.15 uur tot 21.00 uur mag de tbs-gestelde zich binnen het kader van zijn dagprogramma, de afdelingsregels en zijn kleur over het terrein van de kliniek begeven.

Uit een totaal van 113 klachten vanaf de opening van de kliniek in augustus 2008 tot en met mei 2009 ontving de commissie van toezicht (cvt) zeven klachten over de bewegingsvrijheid. Zes klachten zijn nog in behandeling en één klacht achtte de cvt gegrond. Deze gegronde klacht betrof niet de uitvoering van de maatregel, maar de formele afhandeling.

#### **Oordeel**

Op het criterium bewegingsvrijheid voldoen het beleid, de uitvoering en de borging.

## 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 mogelijkheden van bezoek (ook door kinderen), post en telefoneren zijn beschreven in de huisregels. In de praktijk loopt de toepassing goed. Bij het eerste bezoek is er toezicht door de sociotherapeuten. Het bezoek wordt wel van tevoren gescreend en op basis hiervan wordt bekeken of het bezoek al dan niet ook begeleid zal worden tijdens verdere bezoeken. Men ontvangt bezoek op de kamer en soms in de tuin of het restaurant. De kliniek beschikt over een logeerunit waar tbs-gestelden voor relatie- of familiebezoek op indicatie gebruik van kunnen maken. Het risicomanagement is daarbij bepalend.

De Oostvaarderskliniek heeft een werkgroep ingesteld om een visie en beleid te ontwikkelen over kinderen in de kliniek.

De geïnterviewde tbs-gestelden zeggen dat de post in een enkel geval lang onderweg is.



Uit een totaal van 113 klachten vanaf de opening van de kliniek in augustus 2008 tot en met mei 2009 ontving de cvt negen klachten over contact met de buitenwereld. Zes klachten zijn nog in behandeling, twee achtte de cvt ongegrond en één werd ingetrokken.

### **Oordeel**

Op het criterium contact met de buitenwereld voldoen het beleid en de uitvoering en borging.

## **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 zonedig bijgesteld.

### **Bevindingen**

De huisregels beschrijven de mogelijkheid tot het onderhouden van contact met een geestelijk verzorger, stellen regels over kleding, voeding, aankoop van gebruiksartikelen en het beheer van eigen geld door de tbs-gestelde. Er is voorzien in verblijf in de buitenlucht, vorming en onderwijs, recreatie, sport en bibliotheekbezoek.

De aanwezige denominaties van geestelijke verzorging zijn katholiek, protestant, humanistisch en islamitisch. De geestelijk verzorgers beschikken over één gezamenlijke werkruimte en een zaal voor bijeenkomsten. De beperking van één werkruimte bemoeilijkt het voeren van individuele gesprekken met de tbs-gestelden. De zaal die als stiltecentrum dienst doet, gebruikt de kliniek ook als vergaderruimte. Dat ervaren de tbs-gestelden als een aantasting van de belevings sfeer van een neutrale ruimte voor bezinning.

De verblijfsruimten in de buitenlucht van de separeerkamers zijn niet voorzien van een schuilmogelijkheid.

De bibliotheek werkt met een leencollectie van 350 titels die eens per twee maanden vervangen wordt. De geïnterviewde tbs-gestelden zijn niet tevreden met de collectie. Verder ontbreken de in de huisregels wel vermelde inzagedocumenten als de Beginselenwet en het Reglement verpleging ter beschikking gestelden, ministeriële regelingen en overige in de kliniek geldende regelgeving en protocollen. Op gecontroleerde wijze kunnen de tbs-gestelden pornografisch materiaal lenen voor zover dat past binnen het seksualiteitsbeleid van de kliniek ('Over seks gesproken....') en

het behandelplan van de tbs-gestelde.

De geïnterviewde tbs-gestelden zijn tevreden over de mogelijkheden tot sporten.

De kliniek houdt de uitval van dagprogramma-activiteiten bij. Uit een totaal van 113 klachten vanaf de opening van de kliniek in augustus 2008 tot en met mei 2009 ontving de cvt 12 klachten over verzorging. Vijf klachten zijn nog in behandeling, vier klachten achtte de cvt niet ontvankelijk en drie zijn ingetrokken.

Een wezenlijk onderdeel van het dagprogramma zijn de trainingen en therapieën. Een planner houdt de wachtlijsten voor therapieën en trainingen in de gaten. Wekelijks bezien het hoofd dagprogramma, de planner en een hoofd behandeling de wachtlijsten en waar mogelijk bieden ze een alternatieve invulling. Een wachttijd van één à twee maanden acht de kliniek reëel. Met name de agressiegroep en de psychomotorische therapie kennen een wachttijd.

In augustus 2008 opende de Oostvaarderskliniek in een nieuw gebouw in Almere na een verhuizing vanuit Amsterdam en Utrecht. Een kleine smet die in een nieuw gebouw opvalt, is het beperkte toezicht op het schoonhouden van de woonafdelingen en de prikkelarme kamers, de onordelijke inrichting en gebruik van de hobbykamers en het niet schoon en ordelijk houden van de separeerafdeling.

### **Oordeel**

Op het criterium verzorging, activiteiten en arbeid voldoen het beleid en de borging. De uitvoering voldoet beperkt. Doorslaggevend bij dit oordeel over de uitvoering is het beperkte en onvolledige aanbod in de bibliotheek.

### **Aanbevelingen**

- Bezie mogelijkheden de geestelijk verzorgers meer gespreksruimte te bieden en het stiltecentrum als vrijplaats te respecteren.
- Voorzie de verblijfsruimten in de buitenlucht van de separeerkamers van een schuilmogelijkheid.
- Evalueer met de tbs-gestelden de collectie van de bibliotheek en vul de collectie aan met inzagedocumenten over de in de kliniek geldende wet- en regelgeving zoals het handboek Rechtspositie TBS-gestelden.

## 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 huisregels beschrijven de mogelijke disciplinaire straffen waar het hoofd van de inrichting formeel gebruik van kan maken. In de praktijk vinden die geen toepassing binnen de Oostvaarderskliniek. De Oostvaarderskliniek legt geen straffen op. Wel hanteert men maatregelen als afdelingsarrest, kamerplaatsing, separatie of het veranderen van de kleur voor de bewegingsvrijheid. De wijze van hantering van deze maatregelen is niet vastgelegd in beleid. Een uitzondering hierop zijn de maatregelen die volgen op middelen-gebruik zoals die zijn vastgelegd in 'Kliniekbeleid bij middelengebruik' (december 2008). Dit beleid heeft de directie onder de aandacht gebracht van de medewerkers om te voorkomen dat de kliniek per afdeling en per patiënt verschillend handelt.

De cvt heeft geen klachten ontvangen over opgelegde maatregelen.

De genomen maatregelen registreert de kliniek in het Monitor Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS).

### **Oordeel**

Op het criterium disciplinaire straffen en maatregelen voldoet de uitvoering. Het beleid en de borging voldoen beperkt. Alleen met betrekking tot middelengebruik heeft de directie het beleid bijgesteld en de nieuwe kaderstelling bekend gemaakt.

### **Aanbeveling**

- Leg een inrichtingsbreed maatregelenbeleid vast dat zijn toepassing kan vinden rekening houdend met de situatie en behandeling van de tbs-gestelde. Onderwerp dit nog vast te leggen beleid aan periodieke evaluatie.

## 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**

In de brochure *Gedragcode en Integriteit* (april 2009) zet de kliniek uiteen welke omgangsvorm met de tbs-gestelden zij van de medewerkers verwacht. Ook de tbs-gestelden ontvangen deze brochure.

De geïnterviewde medewerkers brengen de (nog recente) brochure niet naar voren als de gedeelde visie op de omgangsvormen. De omgangsvorm is wel geregeld onderwerp van gesprek zoals tijdens de dagelijkse overdracht, de intervisie en de methodiekbespreking. De geïnterviewde tbs-gestelden zijn tevreden over de manier waarop de medewerkers met hen omgaan. Op belsignalen vanuit hun kamer reageren de medewerkers, ook 's nachts, snel. De respondenten herinneren zich wel enkele momenten van discriminatie tussen personeel onderling, tussen tbs-gestelden en personeel en tussen tbs-gestelden onderling. Het gaat om discriminatie op basis van religie, etniciteit en seksuele geaardheid. Tbs-gestelden onderling discrimineren vooral op basis van delictachtergrond.

Uit een totaal van 113 klachten vanaf de opening van de kliniek in augustus 2008 tot en met mei 2009 ontving de cvt twee klachten over bejegening. Eén klacht is ingetrokken en één klacht achtte de cvt gegrond.

### **Oordeel**

Op het criterium omgang met tbs-gestelden voldoet het beleid. De uitvoering en borging voldoen overwegend. De geïnterviewde tbs-gestelden zijn tevreden over de bejegening. De medewerkers hebben evenwel moeite met het kenmerkend beschrijven van hun omgang met de tbs-gestelden.

## **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 Oostvaarderskliniek beschrijven de procedure van bemiddeling en beklag. Bij een klacht probeert de cvt eerst te bemiddelen. Als de tbs-gestelde het niet eens is met de uitkomst, kan hij alsnog in beklag gaan. Een tbs-gestelde kan gemotiveerd verzoeken om een directe klachtafhandeling zonder bemiddeling.

De geïnterviewde tbs-gestelden zijn goed bekend met de maandcommissa-

ris. Deze komt twee keer per maand langs en zijn komst staat aangekondigd op het mededelingenbord van de woonafdeling.

De cvt heeft voor 2008 nog geen jaarverslag opgemaakt. Vanaf de opening van de kliniek in augustus 2008 tot en met mei 2009 ontving de cvt 113 klachten. Daarvan zijn 32 klachten ingetrokken, tien klachten achtte de cvt niet ontvankelijk. De cvt achtte 18 klachten ongegrond en vier klachten gegrond. De cvt heeft nog 49 klachten in behandeling.

Van het totaal van 113 klachten zijn acht klachten binnen 30 dagen afgedaan. Van deze acht klachten zijn zeven ingetrokken en één achtte de cvt niet ontvankelijk. De cvt en de kliniek wijten de lange afhandelingsduur aan het secretariaat van de cvt. In korte tijd heeft de cvt al drie verschillende secretarissen gehad.

De cvt vindt de directie open in haar overleg. Naar aanleiding van een aantal klachten heeft de directie met de cvt bezien wat er verbeterd zou kunnen worden, maar er vindt geen periodieke evaluatie plaats van aard en aantal beklagzaken, noch van de doorlooptijden.

### **Oordeel**

Op het criterium bemiddelings- en beklagprocedure voldoet het beleid. De uitvoering en borging voldoen in beperkte mate. Het maandcommissariaat functioneert goed, maar de beklagafhandeling duurt te lang.

## **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.

### **Bevindingen**

De huisregels beschrijven de samenstelling en werkwijze van de patiëntenraad. De patiëntenraad en de directie hebben de werkwijze van de raad nader uitgewerkt in een convenant. De patiëntenraad staat onder begeleiding van een coach van de landelijke patiëntenraad. Samen hebben zij een flyer gemaakt voor de patiënten die bekendheid geeft aan de werkwijze van de patiëntenraad. De directie heeft eenmaal per maand een overlegvergadering met de voltallige patiëntenraad. Het dagelijks bestuur van de patiëntenraad vergadert eenmaal per maand met het hoofd Therapeutisch Milieu. De deelnemers noemen de kwaliteit van het overleg goed. De patiëntenraad

was onder meer betrokken bij de verhuizing, de inrichting van de woonafdelingen en kamers en het project om de aan de kliniek grenzende woonwijk 'naar binnen te halen'. Het convenant voorziet in een tweejaarlijkse evaluatie van de afspraken en werkwijze. De kliniek ziet daar vooral een rol voor de coach van de raad.

### **Oordeel**

Op het criterium medezeggenschap voldoen het beleid en de uitvoering. De borging voldoet overwegend daar de kliniek het initiatief van evaluatie bij de patiëntenraad laat.

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

### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

De afdeling behandelrapportage draagt zorg voor tijdige adviezen voor verlenging van de tbs met verpleging. De kliniek betreft ruim voor de verlengingszitting de reclassering bij het verlengingsadvies. Verlengingen bespreken de hoofden behandeling altijd in een intervisiegroep met als doel één lijn vast te houden in verlenging. Als de rechter tegen het advies van de kliniek in beëindiging van de tbs-maatregel gelast, een zogenoemde contraire beëindiging, hoeft de patiënt niet meteen op straat te staan. Een maatschappelijk werkster van de kliniek zorgt voor een goede begeleiding naar buiten. De patiënt kan bijvoorbeeld, als hij daarmee instemt, nog enige tijd vrijwillig verblijven in de kliniek. In het afgelopen jaar heeft de kliniek aan één patiënt nazorg verleend bij wie de tbs-maatregel contrair is beëindigd.

### **Oordeel**

Op het criterium verlenging van de tbs met verpleging voldoen het beleid, de uitvoering en de borging. Vermeldenswaardig is dat de kliniek, als de rechter tegen het advies van de kliniek in beëindiging van de tbs-maatregel gelast, zorgt voor een goede begeleiding naar buiten en de patiënt de mogelijkheid biedt nog vrijwillig te blijven in de kliniek.

## 2.11 Longstayplaatsing

### **Criterium**

Bij de voorbereiding van een aanvraag voor een longstayplaatsing 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**

FPC de Oostvaarderskliniek beschikt niet over een longstayvoorziening. De aanvraag voor een longstayplaatsing is in de Oostvaarderskliniek nog een zeldzaamheid, omdat het merendeel van de opnames van tbs-gestelden een eerste opname betreft. De afdeling Rapportage Behandelzaken draagt zorg voor de juiste toepassing van de procedures. Een aanvraag voor een longstayplaatsing is een uiterste beslissing. Deze beslissing nemen alle hoofden Behandeling in gezamenlijkheid onder leiding van hoofd Behandelzaken. Het proces is beschreven en de proceseigenaar is het hoofd Therapeutisch Milieu. Een evaluatie van het proces is voorzien in april 2010.

### **Oordeel**

Op het criterium longstayplaatsing voldoen het beleid, de uitvoering en de borging.

## 2.12 Conclusie

Op het aspect rechtspositie en bejegening voldoet de Oostvaarderskliniek op een enkele uitzondering na overwegend tot volledig.

- In de uitvoering zijn de uitzonderingen de beperktheid van de bibliotheekvoorziening en de te lange afhandelingstermijnen van de bemiddelings- en beklagprocedure vanwege een gebrek aan continuïteit in het secretariaat van de cvt.
- In het beleid is de uitzondering dat de kliniek de kaderstelling voor de toepassing van maatregelen beperkt heeft tot middelengebruik.
- In de borging op het aspect rechtspositie en bejegening is er één uitzondering op het criterium disciplinaire straffen en maatregelen en één op het criterium bemiddelings- en beklagprocedure.

In het over het geheel genomen positieve beeld springt de nazorg in het oog die de kliniek aanbiedt, als de rechter tegen het advies van de kliniek in beëindiging van de tbs-maatregel gelast.





# 3

## Interne veiligheid

Dit hoofdstuk gaat aan de hand van een viertal criteria uit het toetsingkader in op hoe het gesteld is met de interne veiligheid in de Oostvaarderskliniek. Elke paragraaf opent met een standaardtekst die kort de maatstaf beschrijft die de Inspectie hanteert. Daarna volgen haar bevindingen, oordeel en eventuele verbetervoorstellen in de vorm van aanbevelingen. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie over de interne veiligheid.

## 3.1 Interne veiligheidsvoorzieningen

### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

Het fpc beschikt over een geldige gebruiksvergunning. Het fpc hanteert de Calamiteitenmap van DJI. De RI&E is nog niet volledig. Het fpc beschikt over een planning van BHV-oefeningen, ook met externe hulpdiensten. Er is een operationele BHV-organisatie en de medewerkers daarvan zijn BHV-opgeleid. De BHV-coördinator heeft het plan om binnen de ruimte van het DJI-beleid de BHV-organisatie van minder grote omvang te laten zijn en de leden te selecteren op motivatie en deskundigheid.

De kliniek kan een bijzonderecalamiteitenteam samenstellen uit de aanwezige medewerkers geïntegreerde beveiliging. Voor ondersteuning bij calamiteiten in de nacht heeft het fpc een regeling getroffen met de p.i.'s Almere, Lelystad en Zwolle. Alle incidenten met een veiligheidsrisico krijgen een Mip/Fona-melding.

De kamers van de patiënten zijn voorzien van rookmelders en een spreek-/luisterverbinding. Vluchtroutes en blusmiddelen zijn aangeduid en vrij toegankelijk.

Het plan van aanpak op basis van de Risico-inventarisatie en –evaluatie (RI&E) bevat een overzicht van voorzieningen die nog getroffen moeten worden. Dat overzicht bevat ook nog opleverpunten van de nieuwbouw.

### **Oordeel**

Op het criterium interne veiligheidsvoorzieningen voldoen het beleid, uitvoering en borging van de Oostvaarderskliniek.

## 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**

Het fpc beschikt over protocollen en werkinstructies voor urinecontroles (uc) en kamerinspecties. De meeste uc's vinden op indicatie plaats. Een indicatie is een verleden van drugsgebruik of het vermoeden van huidig gebruik. Tbs-gestelden die met onbegeleid verlof zijn geweest, krijgen zowel een alcoholcontrole als een uc. Onbegeleide verlofgangers ondergaan steekproefsgewijs fouillering.

De geïnterviewde tbs-gestelden ervaren de uitvoering van het controlebeleid op indicatie en steekproefsgewijs als reëel. Ze hebben moeite met de uc-controles door vrouwelijke medewerkers. Wegens het zeer beperkte aantal incidenten wordt geen registratie van bijzonderheden bijgehouden van de kamerinspecties. De tbs-gestelden worden geïnformeerd over de kamerinspecties en zijn er veelal bij aanwezig.

De meldingen van positieve uc's komen aan de orde tijdens de dagelijkse ochtendrapportbijeenkomst. Het behandelteam bespreekt een positieve uc en treft vervolgens passende maatregelen. Registratie van positieve uc's vindt plaats bij de medische & farmaceutische dienst. Het zijn de meldingen tijdens het ochtendrapport die aanleiding geven de bestrijding van drugsgebruik te intensiveren zoals bijvoorbeeld de inzet van drugshonden. In hoofdstuk 2 kwam al aan de orde dat de directie het 'Kliniekbeleid bij middelengebruik' onder de aandacht van de medewerkers heeft gebracht om te voorkomen dat de kliniek per afdeling en per patiënt verschillende handelt.

### **Oordeel**

Het beleid op het criterium bestrijding drugsgebruik voldoet. De uitvoering en borging voldoen overwegend. Met name de centrale registratie en periodieke systematische analyse van geconstateerd drugsgebruik is nog in ontwikkeling.

### 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**

De Oostvaarderskliniek heeft geen beleid beschreven dat specifiek gericht is op bestrijding van onderlinge agressie en geweld tussen tbs-gestelden. De brochure voor tbs-gestelden gaat wel in op het streven naar een veilige leef- en behandelomgeving in de Oostvaarderskliniek en doet een beroep op de bijdrage daarin door de tbs-gestelden.

Voor de medewerkers van de meldkamer is het camerazicht op twee plaatsen in de kliniek niet volledig. Zij zien in die plaatsen eerder een risico zoals een gelegenheid tot overdracht van bijvoorbeeld drugs dan een kwetsbaarheid voor onderlinge agressie.

De geïnterviewde tbs-gestelden voelen zich veilig in de kliniek. Van monitoring en evaluatie van incidenten is beperkt sprake, omdat er weinig incidenten zijn.

#### **Oordeel**

Op het criterium bestrijding onderlinge agressie voldoet de uitvoering. Het beleid voldoet overwegend en de borging voldoet beperkt.

#### **Aanbevelingen**

- Formuleer een geïntegreerd beleid gericht op het voorkómen van onderlinge agressie met bijvoorbeeld een gedragscode voor tbs-gestelden en maak dat bekend bij de medewerkers, de tbs-gestelden en de bezoekers.
- Realiseer borging in de bestrijding van onderlinge agressie. Enerzijds door evaluatie op incidentniveau gericht op verbeterpunten en anderzijds door periodieke evaluatie van het beleid op effectiviteit in samenhang met de ontwikkeling in aard en omvang van incidenten van onderling geweld.

## 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 Oostvaarderskliniek heeft haar integriteitsbeleid vastgelegd in de brochure *Gedragscode Integriteit* (april 2009). Het integriteitsmanagement richt zich op handhaving en verbetering van de integriteit van de organisatie door te leren van incidenten. Lering uit incidenten gebeurt door onderzoek naar de oorzaken van niet integer gedrag, middelen zoeken die verantwoordelijk gedrag stimuleren en onverantwoordelijk gedrag ontmoedigen.

Voorzieningen en maatregelen zijn onder meer de eed of belofte, drie vertrouwenspersonen en de klokkenluidersregeling. De gedragscode bevat een cultuurkaart met 11 cultuurnormen en -waarden. De tbs-gestelden krijgen deze gedragscode ook uitgereikt en de bezoekers worden op het bestaan van de gedragscode gewezen.

De medewerkers zijn met name met de cultuurkaart bekend. Integriteit is een onderwerp van onderlinge gesprekken. Alom is waardering voor de e-mails van de directeur die met gepaste openheid melding maakt van plaatsgevonden integriteitsschendingen. Men waardeert de transparantie, de zaaksgerichtheid en de adequaatheid van genomen maatregelen.

De afdelingshoofden dragen er zorg voor dat integriteit bespreekbaar blijft. Evaluatie en bijstelling van het integriteitsbeleid is nog niet aan de orde, omdat onlangs het implementatieplan van het integriteitsbeleid is opgesteld. De directie heeft zich hierin ook laten adviseren door de patiëntenraad.

### **Oordeel**

Op het criterium integriteit voldoet het beleid van de Oostvaarderskliniek. De uitvoering en borging voldoen overwegend, ook omdat het recente beleid nog tot volledige implementatie moet komen.

## 3.5 Conclusie

Op het aspect interne veiligheid voldoet de Oostvaarderskliniek op één uitzondering na overwegend tot volledig. Vanwege het geringe aantal incidenten is de borging op het criterium bestrijding van onderlinge agressie en geweld nog beperkt tot ontwikkeling gekomen. Ook op het criterium bestrijding van onderlinge agressie valt op dat een geïntegreerde beschrijving van beleid ontbreekt.

# 4

## Maatschappijbeveiliging

Dit hoofdstuk gaat aan de hand van een tweetal criteria uit het toetsing kader in op hoe het gesteld is met de maatschappijbeveiliging in de Oostvaarderskliniek. Elke paragraaf opent met een standaardtekst die kort de maatstaf beschrijft die de Inspectie hanteert. Daarna volgen haar bevindingen, oordeel en eventuele verbetervoorstellen in de vorm van aanbevelingen. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie over de maatschappijbeveiliging door de Oostvaarderskliniek.

## 4.1 Materiële beveiliging tegen ontvluchtingen

### **criterium**

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

### **Bevindingen**

Alle werkprocessen zoals met betrekking tot bezoek en kamerinspectie zijn beschreven en toegankelijk gemaakt via “Infoland” op het interne computernetwerk.

De omtrekbeveiliging vormt als harde beveiligingsschil de basis van voorkoming van ontvluchtingen. Camerabeelden worden opgeslagen en 72 uur bewaard. Het camerazicht is, zoals al eerder genoemd, op twee plaatsen niet volledig. Naar aanleiding van de inspectie heeft de kliniek extra aandacht van de medewerkers voor deze plaatsen gevraagd en het toezicht op deze plaatsen geïntensiveerd.

Het camerazicht op de in- en uitgang van de resocialisatieafdeling Sterreschans is beperkt. De verlofpas, die de tbsgestelde bij vertrek en binnenkomst moet tonen is in de meldkamer nauwelijks te beoordelen. Dit belemmert een nauwgezette uitvoering van de vertrek- en binnenkomstproces.

Personeel treedt niet piepvrij door de detectiepoort de kliniek binnen. Overigens hebben de geïnterviewde medewerkers geen bezwaar tegen een steekproefsgewijze toegangscontrole.

Incidenten met een veiligheidsrisico worden gemeld aan de Mip/Fona-commissie en aan de leidinggevende van de melder. Incidenten worden



gerubriceerd in de volgende categorieën: aantreffen contrabande, beveiligingsfout, fout insluiten patiënt, onjuiste uitvoering verlofproces, onttrekking of ontvluchting, positieve uc of drugsgebruik, technische storing, inbreuk informatiebeveiliging en overig. De leidinggevende draagt zorg voor het bespreken van de Mip-melding met de medewerkers en treft samen met het team zonodig maatregelen ter verbetering. De technische dienst gaat over de werking van de statische beveiligingsvoorzieningen. Momenteel bestaan de werkzaamheden nog vooral uit nazorg van de nieuwbouw. De Mip/Fona-commissie neemt het besluit of een incident volgens Prisma-methodiek geëvalueerd wordt.

### **Oordeel**

Op het criterium materiële beveiliging tegen ontvluchting voldoen het beleid en borging. De uitvoering voldoet overwegend. Het cameratoezicht kan nog geoptimaliseerd worden. De Ist vindt het een risico dat het eigen personeel tot de kliniek wordt toegelaten zonder te worden onderworpen aan een controle met metaaldetectie of beveiligingsapparatuur.

### **Aanbevelingen**

- Evalueer de getroffen maatregelen voor de plaatsen met onvolledig camerazicht en bezie of het camerazicht nog geoptimaliseerd moet worden.
- Maak met beter cameratoezicht een correcte uitvoering van de vertrek- en binnenkomstprocedure voor de Sterreschans mogelijk.
- Voer toegangscontrole in op de eigen medewerkers en de door hen meegebrachte goederen.<sup>8</sup>

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

### **Criterium**

Het fpc hanteert vastgelegde procedures voor het aanvragen van verlofmachtigingen, voor de interne beoordeling van die aanvragen (inclusief risicotaxatie en risicomangement) en voor het opstellen van het verlofplan en de uitvoering daarvan. In die procedures zijn de advies- en beslissingsbevoegdheden vastgelegd, inclusief de wijze waarop de interne multidiscipli-

<sup>8</sup> De Ist heeft in eerdere inspectierapporten over fpc's de aanbeveling gedaan tot de invoering van (steekproefsgewijze) toegangscontrole van kliniekmedewerkers en hun bezoekers. De staatssecretaris van Justitie heeft naar aanleiding daarvan aangegeven zich in overleg met GGz-Nederland over deze kwestie te willen beraden.

naire voorbereiding en toetsing van de besluitvorming plaatsvindt. De beveiliging tijdens verlofmomenten voldoet aan de daaraan gestelde eisen. Het hier beschreven verlofbeleid wordt aantoonbaar gecontroleerd, geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

## **Bevindingen**

### *Verlofmachtiging*

De procedure voor verlofaanvraag ligt vast in een procesbeschrijving met een proceseigenaar.

Na 13 weken is voor een tbs-gestelde het eerste diagnostisch rapport met hierin de diagnose en risicofactoren beschikbaar. Hetzelfde geldt voor het behandelplan. De beschikbaarheid van het delictscenario is afhankelijk van de inzet van de tbs-gestelde. In de regel is na een jaar het delictscenario bekend. Op dat moment beziet het multidisciplinaire team of verlof een geëigende stap is. Is dat het geval, dan vraagt het een risicotaxatierapport aan bij de afdeling diagnostiek en risicotaxatie. De afdeling diagnostiek maakt dan met oog op verlof een nieuwe risicotaxatie. Als er draagvlak is voor verlof, gaat er een verlofaanvraag naar de verlofcommissie. Deze commissie besluit op basis van unanimiteit. Ter verdeling van de werklast heeft de kliniek twee verlofcommissies. In een commissie zitten een voorzitter, i.c. hoofd Behandelingen, vier tot vijf hoofden Behandeling, een onderzoeker en psychiater. Elke commissie behandelt de verlofvoorstellen van de eigen hoofden Behandeling. De verlofaanvraag volgt het voorgescreven format van DJI. Het verlof start altijd met een beveiligde fase.<sup>9</sup> Na de interne verloftoetsingscommissie beziet de directeur behandeling de verlofaanvraag. Een casus waarin de directeur Behandeling tegen het advies in wel een verlofaanvraag indiende, maakte duidelijk dat de stap tussen de commissie en de directie nog te weinig doordacht en beschreven is. De aan de procesbeschrijving vastgekoppelde evaluatie van de werkwijze heeft niet volgens planning plaatsgevonden. De afdeling behandelrapportage bewaakt ten behoeve van een nieuwe aanvraag de termijnen voor een tijdige evaluatie voor het verlopen van de machtiging.

### *Verlofuitvoering*

Bij beveiligd verlof gaat naast de sociotherapeuten een medewerker van DV&O mee. Incidenteel gaat een medewerker geïntegreerde beveiliging mee. Alle sociotherapeuten hebben een training samen uit samen thuis (SUST) gevolgd. Bij verlof is veel aandacht voor het signalement. Dus ook de kleding van de tbs-gestelde op verlof wordt genoteerd. Hoe te handelen bij ongeoorloofde afwezigheid is vastgelegd in een protocol en een procesbeschrijving. Voorafgaand aan het verlofmoment vindt een grondige

<sup>9</sup> Overigens vraagt de kliniek zich momenteel af of het wel doelmatig is verlof altijd te laten starten met een beveiligde fase.

voorbereiding plaats; een check op het kasboek van de verlofganger en de sociotherapeut beoordeelt met een signalenkaart de gemoedstoestand van de verlofganger. Bij terugkeer van verlof gaat de verlofganger bij begeleid verlof op indicatie en bij onbegeleid verlof standaard piepvrij door de detectiepoort en de bagage door de scanner. In voorkomend geval vindt een alcoholcontrole plaats. Na ieder verlof maken de sociotherapeut en de verlofganger ieder een evaluatieverslag met gebruik van het risicomanagementplan en de in de voorbespreking van het verlof gemaakte afspraken. Door samenloop van verloven kan een verlof wel eens niet doorgaan vanwege personeelstekort. Van het onvoorzien niet doorgaan van verlof wordt registratie bijgehouden.

#### *Proefverlof*

Er is een verouderd convenant van voor de verhuizing dat de samenwerkingsafspraken tussen de reclassering en de kliniek beschrijft. Dit convenant is in december 2008 geëvalueerd en de reclassering zal een nieuw convenant opstellen.

De kliniek voegt bij haar aanvraag voor proefverlof het plan van de reclassering voor het proefverlof. De kliniek is sinds kort verantwoordelijk voor de jaarlijkse evaluaties van het proefverlof. Daarbij draagt de reclassering zorg voor de rapportage over het door haar uitgevoerde toezicht. Naar aanleiding van de slechte kwaliteit van de rapportages en de wijze van uitvoering van het toezicht beraadt de kliniek zich op dit moment in hoeverre het wenselijker is langer met het transmuraal verlof door te gaan dan over te gaan naar het proefverlof, zodat de kliniek naast de formele verantwoordelijkheid ook het toezicht in eigen hand houdt. Een budgettaire bijkomstigheid is dat de kliniek proefverlofwerkzaamheden niet gefinancierd krijgt en begeleiding van transmuraal verlof deels wel.

#### **Oordeel**

De uitvoering op het criterium geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij voldoet. Het beleid en de borging voldoen overwegend. De beschrijving van de aanvraag verlofmachtiging gaat nog niet in op de situatie dat de directie een ander besluit neemt dan de verlofcommissie. De reclassering moet nog een nieuw samenwerkingsconvenant opstellen voor het proefverlof. Een evaluatie van de aanvragen van verlofmachtiging heeft nog niet plaatsgevonden.

#### **Aanbeveling**

- Bezie de procesbeschrijving ‘aanvraag verlofmachtiging’ op volledigheid bij de stap tussen het advies van de verlofcommissie en het besluit van de directie en monitor en evalueer het proces van aanvragen.

## 4.3 Conclusie

Op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet de Oostvaarderskliniek overwegend tot volledig op de twee onderscheiden criteria, materiële beveiliging tegen ontvluchting en geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij.

# 5 Organisatieaspecten

Dit hoofdstuk gaat in op twee organisatieaspecten, personeelsmanagement en communicatie. Ook in dit hoofdstuk opent elke paragraaf met een standaardtekst die kort de maatstaf beschrijft die de Inspectie hanteert. Daarna volgen haar bevindingen, oordeel en eventuele verbetervoorstellen in de vorm van aanbevelingen. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie over de twee organisatieaspecten personeelsmanagement en communicatie.

## 5.1 Personeelsmanagement

### criterium

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

### Bevindingen

Het management beziet bij de teamsamenstelling nauwgezet of die past bij de groep van tbs-gestelden. De teamopbouw maakt men in excelbestanden inzichtelijk om te voorkomen dat eenzijdigheid in de teams ontstaat. Dat is nodig omdat zoals in de hele sector ook in de Oostvaarderskliniek veel jonge vrouwelijke sociotherapeuten werkzaam zijn. Men is tevreden over de centrale planning van de personeelsinzet. De directie en de ondernemingsraad hebben voor de duur van één jaar de postbezetting voor de afdelingen vastgelegd in een convenant. Het convenant bepaalt een tijdelijke uitbreiding van de formatie sociotherapeuten met als doel de relatieve onervarenheid van de sociotherapeuten op te vangen, de veiligheid en veiligheidsbeleving te garanderen, en de gewenning aan de nieuwe werkomgeving, werkwijze en activiteiten te versoepelen. Het convenant voorziet in een evaluatie op behaalde doelen na een jaar.

Ten tijde van de verhuizing kampte de kliniek met een hoog arbeidsverzuim van 14,7%. Het arbeidsverzuim ligt inmiddels op een niveau van 6,2%. De kliniek streeft naar een haalbaar geacht percentage van 5,5%.

Bij de verhuizing van Amsterdam en Utrecht naar Almere verloor de kliniek bijna de helft van haar personeelsbestand. De ervaring is dat actieve werving niet altijd leidt tot geschikte sollicitanten. De nieuwe medewerkers krijgen een mentor toegewezen, doorlopen een inwerkprogramma van zes weken

en volgen een interne opleiding sociotherapie. Elke afdeling heeft een eigen scholingsbudget, dat niet altijd toereikend is om de opleidingswensen te vervullen. De ondernemingsraad overweegt de noodzaak van het opstellen van een opleidingsplan voor de gehele kliniek. Alle functies zijn beschreven met een competentieprofiel dat mede de basis vormt voor de jaarlijkse functioneringsgesprekken. De sociotherapeuten ervaren coachend leiderschap van de coördinerend sociotherapeut, de afdelingshoofden en de hoofden behandeling. Ten behoeve van de RI&E heeft er onlangs een werklasmeting plaatsgevonden. De sociotherapeuten ervaren een hoge werkdruk door het vele papierwerk dat ze moeten afhandelen ten koste van de aandacht die ze aan de tbs-gestelden willen geven.

### **Oordeel**

Op het criterium personeelsmanagement voldoen het beleid en de uitvoering overwegend. De kliniek heeft geen inrichtingsbreed opleidingsplan en de postenbezetting lukt nog niet volgens de opzet van het convenant. De borging voldoet.

## **5.2 Communicatie**

### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

De Oostvaarderskliniek heeft een omvangrijke beschreven overlegstructuur met 141 overlegvormen. Van elk overleg is vastgelegd: het doel, de voorzitter en deelnemers, frequentie, locatie, tijdsduur en of er al of niet verslaglegging plaatsvindt. De deelname aan de overleggen is maximaal en over het algemeen zijn de geïnterviewden tevreden over de communicatie binnen de kliniek. Er is een open cultuur, de directie is zichtbaar en aanspreekbaar en de afdelingshoofden zijn vrijwel altijd nabij. Als enig knelpunt noemen de geïnterviewde medewerkers dat besluiten van de directie wel eens als mededeling naar

buiten komen zonder voorafgaand overleg. Dat geldt in het bijzonder voor de hoofden Behandeling die overleg met de directeur Behandeling missen. De ondernemingsraad spreekt van goede communicatie en constructieve verhouding met de directie en ervaart ook wel eens besluiten als mededelingen in plaats van als onderwerpen van overleg. Binnen de groep van sociotherapeuten, afdelingshoofden en hoofden Behandeling is tevredenheid over de tijdige informatie-uitwisseling over bijzonderheden die tbs-gestelden betreffen.

#### **Oordeel**

Op het criterium communicatie voldoet het beleid en de borging. De uitvoering voldoet in overwegende mate. Wellicht kan een publicatieverslag van het managementteam bijdragen aan transparantie over besluitvorming.

### **5.3 Conclusie**

Op organisatieaspecten voldoet de Oostvaarderskliniek overwegend tot volledig. Mogelijk verbeterpunt in het personeelsmanagement is een kliniekbreed opleidingsplan. De communicatie kan aan transparantie winnen met een publicatieverslag van het managementteam, zodat de besluitvorming wat meer navolgbaar is.



# 6

## Slotbeschouwing

Op enkele uitzonderingen na voldoen het beleid, de uitvoering en de borging overwegend tot volledig aan de normen en verwachtingen zoals beschreven in het toetsingskader voor fpc's.

Sinds april 2009 beschikt de Oostvaarderskliniek over een HKZ-certificaat. De inzet om dit certificaat te behalen zal zeker mede hebben bijgedragen aan de openheid en het zelfbewustzijn van de organisatie. Dit uit zich in de mate waarin en volledigheid waarmee beleid, protocollen en werkwijzen zijn vastgelegd. De transparantie maakt ook zichtbaar dat in een enkel geval het beleid nog vooruitloopt op de daadwerkelijke uitvoering en dat de kliniek nog niet toegekomen is aan borging in de zin van evaluatie.

In augustus 2008 opende de Oostvaarderskliniek in een nieuw gebouw in Almere na een verhuizing vanuit Amsterdam en Utrecht. Het is opvallend te zien hoe na tien maanden de verhuizing en het samengaan van twee deelorganisaties zo rimpelloos lijkt verlopen. De ISt trof tijdens haar inspectie geen dispuut aan over Amsterdamse of Utrechtse werkwijzen. De transparantie van het nieuwe gebouw straalt door in een organisatie met een zichtbaar open cultuur.

Tot voorbeeld voor andere fpc's strekt de inzet van de Oostvaarderskliniek op het criterium verlenging van tbs met verpleging. In het geval wanneer de rechter, tegen het advies van de kliniek in, beëindiging van de tbs-maatregel gelast, zorgt de kliniek voor een goede begeleiding naar buiten en maakt zo nodig een vrijwillig verlengd verblijf in de kliniek mogelijk.

# **Bijlage 1**

## Aanbevelingen

De Ist beveelt FPC de Oostvaarderskliniek het volgende aan:

- 1 Maak de huisregels in meerdere talen beschikbaar, zodra daar behoefte aan ontstaat.
- 2 Voorzie de interne doormandatering voor de zogenoemde voorbehouden handelingen van een wettelijke basis door een machtiging daartoe te verkrijgen van de minister van Justitie.
- 3 Bezie mogelijkheden de geestelijk verzorgers meer gespreksruimte te bieden en het stiltecentrum als vrijplaats te respecteren.
- 4 Voorzie de verblijfsruimten in de buitenlucht van de separeerkamers van een schuilmogelijkheid.
- 5 Evalueer met de tbs-gestelden de collectie van de bibliotheek en vul de collectie aan met inzagedocumenten over de in de kliniek geldende wet- en regelgeving zoals het handboek Rechtspositie TBS-gestelden.
- 6 Leg een inrichtingsbreed maatregelenbeleid vast dat zijn toepassing kan vinden rekening houdend met de situatie en behandeling van de tbs-gestelde. Onderwerp dit nog vast te leggen beleid aan periodieke evaluatie.
- 7 Formuleer een geïntegreerd beleid gericht op het voorkomen van onderlinge agressie met bijvoorbeeld een gedragscode voor tbs-gestelden en maak dat bekend bij de medewerkers, de tbs-gestelden en de bezoekers.
- 8 Realiseer borging in de bestrijding van onderlinge agressie. Enerzijds door evaluatie op incidentniveau gericht op verbeterpunten en anderzijds door periodieke evaluatie van het beleid op effectiviteit in samenhang met de ontwikkeling in aard en omvang van incidenten van onderling geweld.
- 9 Evalueer de getroffen maatregelen voor de plaatsen met onvolledig camerazicht en bezie of het camerazicht nog geoptimaliseerd moet worden.
- 10 Maak met beter cameratoezicht een correcte uitvoering van de vertrek- en binnenkomstprocedure voor de Sterreschans mogelijk.
- 11 Voer detectie in op de eigen medewerkers en de door hen meegebrachte goederen.
- 12 Bezie de procesbeschrijving ‘aanvraag verlofmachtiging’ op volledigheid bij de stap tussen het advies van de verlofcommissie en het besluit van de directie en monitor en evalueer het proces van aanvragen.

# Bijlage 2

## Afkortingen

Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
CFB	Controle- en Fysieke Beheersingsmethode
cvt	commissie van toezicht
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DV&O	Dienst vervoer en ondersteuning
Fona	Fouten, ongevallen, near accidents
ForZo	Forensische Zorg
fpc	forensisch psychiatrisch centrum
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
ITZ	Afdeling individuele tbs-zaken van DJI
LAP	Landelijke adviescommissie plaatsing
mgB	medewerker geïntegreerde beveiliging
Mip	Melding incident patiënt
MITs	Monitor Informatiesysteem Terbeschikking Stelling
p.i.	penitentiaire inrichting
Prisma	Prevention and recovery information system for monitoring and analysis.
RI&E	Risico-inventarisatie en -evaluatie
st'er	sociotherapeut
SUST	Training Samen uit samen thuis
tbs	terbeschikkingstelling
uc	urinecontrole
VAC	Verlofadviescommissie

# Bijlage 3

## Bronnen

1e 4 maandsrapportage 2009, Oostvaarderskliniek, 15 mei 2009.

Dagprogramma, Rooster per patiënt, periode 11-17-05-09.

Financiële regelgeving 2009, oostvaarderskliniek.

*Gedragscode en Integriteit*, Oostvaarderskliniek, april 2009.

Huisregels FPC de Oostvaarderskliniek, augustus 2008.

*In de oostvaarderskliniek, informatie voor patiënten*, Oostvaarderskliniek, maart 2008.

*Informatiebeveiliging*, Oostvaarderskliniek, augustus 2008.

*Informatie voor bezoekers van patiënten*, Oostvaarderskliniek.

Jaarplan 2009, Oostvaarderskliniek, november 2008.

Jaarverslag FPC de Oostvaarderskliniek 2008, Oostvaarderskliniek, maart 2009.

Maatregelen op basis van de beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

*Met zorg behandeld*, behandelvisie, Oostvaarderskliniek, april 2009.

*Oostvaarderskliniek*, januari 2008.

Over seks gesproken..., Seksualiteitsbeleid in de Oostvaarderskliniek.

*Patiëntenraad, ... op weg naar een betere toekomst*, de patiëntenraad, 2008.

*Veilig en wel, visie op veiligheid*, Oostvaarderskliniek, juni 2008.



# Bijlage 4

## Inspectieprogramma

### **Dag 1, dinsdag 16 juni 2009**

9.00-9.30 uur	Aankomst Kennismaking met contactpersoon, installatie van werkkamer, introductie bij het MT, toelichting van het programma en de werkwijze
9.30-11.30 uur	Rondgang door en schouw van de kliniek met hoofd beveiliging
11.45-12.15 uur	Vertegenwoordiging geestelijke verzorging
12.30-13.00 uur	Lunch in werkkamer
13.00-14.30 uur	Interview tbs-gestelden in totaal minimaal 4 en maximaal 6; afkomstig van verschillende afdelingen; minimaal twee vertegenwoordigers van de patiëntenraad.
14.45-15.45 uur	Rapporteur, medewerker Patiëntenadministratie
15.45-17.15 uur	Interview directie

### **Dag 2, woensdag 17 juni 2009**

9.00-10.30 uur	Interview sociotherapeuten 6 vertegenwoordigers; afkomstig van verschillende afdelingen; inclusief een vertegenwoordiger van de medezeggenschap.
10.45-11.45 uur	Interview hoofd beveiliging, BHV-coördinator, beleidsmedewerker veiligheidszaken
12.00-12.30 uur	Lunch in werkkamer
12.45-14.15 uur	Interview afdelingshoofden
14.30-15.30 uur	Interview voorzitter interne verloftoetsingscommissie
15.45-17.00 uur	Hoofd Programma, hoofd Therapie en Training, hoofden en medewerkers Leren & Werken, Vrije tijd en Dagbesteding

### **Dag 3, donderdag 18 juni 2009**

9.00-10.00 uur	Interview hoofden behandeling
10.00-11.00 uur	Interview commissie van toezicht
11.00-12.00 uur	Onderzoek documentatie: register beklagzaken, MT-verslagen, teamverslagen, behandelplannen, UC-uitslagen
12.00-12.30 uur	Lunch in werkkamer
12.30-13.30 uur	Onderzoek documentatie
13.30-14.30 uur	Vorbereiding terugmelding aan directie
14.30-15.30 uur	Eerste terugmelding aan directie

# **Bijlage 5**

## Geografische ligging







## Missie ISt

*“De ISt ziet toe op de sanctietoepassing met het oog op zichtbare verbetering van de effectiviteit en kwaliteit van de sanctietoepassing.*

*De ISt adviseert de minister van Justitie ten behoeve van borging van behoorlijke sanctietoepassing.*

*De ISt is hierbij onafhankelijk in haar oordeel, transparant in haar werkwijze en professioneel in haar kennis, vaardigheid en houding.”*

Dit rapport is een uitgave van:  
Inspectie voor de Sanctietoepassing  
Kalvermarkt 53 | 2511 CB Den Haag  
Postbus 20301 | 2500 EH Den Haag  
[www.inspectiesanctietoepassing.nl](http://www.inspectiesanctietoepassing.nl)

© Rijksoverheid | Augustus 2009 | Publicatie-nr. 0908 14070