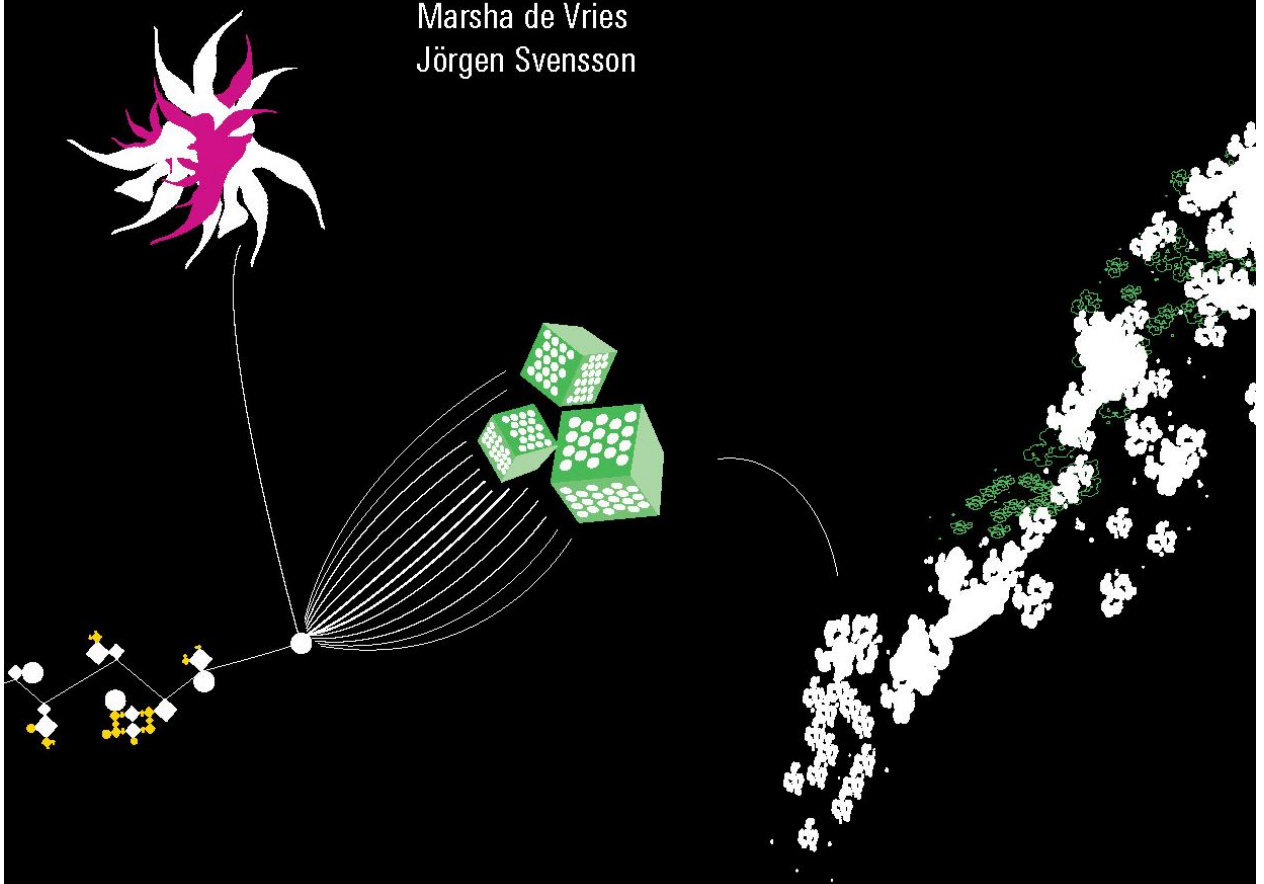


MANAGEMENT EN BESTUUR

# EVALUATIE VAN DE VERZELFSTANDIGING VAN HET FPC DR. S. VAN MESDAG

Nico Groenendijk  
Marsha de Vries  
Jörgen Svensson



UNIVERSITEIT TWENTE.

**UNIVERSITEIT TWENTE.**

**Evaluatie van de verzelfstandiging  
van het FPC Dr. S. van Mesdag**

Oktober 2011

*Nico Groenendijk  
Marsha de Vries  
Jörgen Svensson*

Faculteit Management & Bestuur  
Universiteit Twente

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Faculteit Management en Bestuur  
Universiteit Twente  
Postbus 217  
7500 AE Enschede  
T: 053 489 3260  
E: n.s.groenendijk@utwente.nl

ISBN 978-90-365-3282-2

Printed by PrintPartners Ipskamp, Enschede.

© 2011, WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie.  
Auteursrechten voorbehouden.

## Inhoud

Voorwoord .....	v
Samenvatting.....	vii
Summary .....	xiii
Lijst van gebruikte afkortingen.....	xvii
1. Inleiding .....	1
1.1 Aanleiding tot het onderzoek.....	1
1.2 Probleemstelling, onderzoeksperiode en onderzoeksvragen.....	2
1.3 Onderzoeksmethoden.....	4
1.4 Opbouw van het rapport.....	4
2. Achtergronden .....	7
2.1 Landelijke ontwikkelingen in capaciteit en in-, door- en uitstroom .....	8
2.2 Tbs-instellingen .....	13
2.3 Plaatsing .....	15
2.4 Bekostiging .....	17
2.5 Verzelfstandiging .....	18
2.6 Conclusies .....	20
3. Het FPC Van Mesdag tot de verzelfstandiging .....	21
3.1 De Van Mesdagkliniek tot 1997 .....	21
3.2 De crisisperiode (1997-1999) .....	22
3.3 De reorganisatie (2000-2002) .....	24
3.4 Naar verzelfstandiging (2003-2008).....	26
3.5 Conclusies .....	30
4. Behandelkwaliteit en samenwerking in de forensische zorgketen.....	31
4.1 Capaciteit, in-, door- en uitstroom en samenwerking in de keten .....	31
4.2 Integratie van zorg en beveiliging .....	39
4.3 Behandelkwaliteit en onderzoek.....	44
4.4 Knelpunten in de huidige situatie .....	46
4.5 Conclusies .....	46

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

5. Bestuur en toezicht .....	49
5.1 Toezicht en aanwijzingsbevoegdheden van de minister .....	49
5.2 Verantwoording (planning & control) .....	53
5.3 Medezeggenschap en klachtenregelingen .....	53
5.4 Knelpunten in de huidige situatie .....	55
5.5 Conclusies .....	55
6. Bedrijfsvoering .....	57
6.1 Bedrijfsvoering in het algemeen .....	57
6.2 Personeelsbeleid .....	60
6.3 Knelpunten in de huidige situatie .....	65
6.4 Conclusies .....	66
7. De effecten van de verzelfstandiging .....	68
8. Implicaties voor eventuele verdere verzelfstandigingen in het TBS-veld .....	72
8.1 Korte schets van de rijksklinieken .....	72
8.2 Interviewresultaten .....	73
8.3 Te trekken lessen uit de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag .....	79
9. Slotbeschouwing .....	81
Geraadpleegde literatuur .....	84
Geraadpleegde documenten .....	85
Bijlage 1: overzicht van geïnterviewden .....	87
Bijlage 2: organigram FPC Van Mesdag/Forint .....	88
Bijlage 3: samenstelling begeleidingscommissie .....	89
Bijlage 4: overzicht van ontwikkelingen in beleid en wetgeving (1995-2010) .....	90
Bijlage 5: aandachtspunten m.b.t. het proces van verzelfstandiging .....	93

## Voorwoord

Dit in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Veiligheid en Justitie verrichte onderzoek behelst een evaluatie van de verzelfstandiging, in 2008, van het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag te Groningen.

Wij bedanken alle medewerkers van het FPC Van Mesdag voor de bereidheid tijd vrij te maken voor de interviews en voor hun open en constructieve opstelling. Dat geldt evenzeer voor de medewerkers van het ministerie van Veiligheid en Justitie, die middels interviews en/of het aanleveren van informatie een belangrijke bijdrage aan dit onderzoek hebben geleverd. Ook de vertegenwoordigers van de twee rijksklinieken, het FPC Oostvaarderskliniek en het FPC Veldzicht, bedanken wij voor hun medewerking.

Tot slot spreken wij waardering uit voor de prettige en nauwgezette wijze waarop de leden van de begeleidingscommissie ons gedurende het onderzoekstraject van input hebben voorzien.

*Nico Groenendijk*

*Marsha de Vries*

*Jörgen Svensson*

Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

## Samenvatting

*Van: Nico Groenendijk, Marsha de Vries & Jörgen Svensson (2011). Evaluatie van de verzelfstandiging van het FPC Dr. S. van Mesdag. Enschede: Faculteit Management & Bestuur, Universiteit Twente. ISBN-nummer: 978-90-365-3282-2.*

### **Aanleiding tot het onderzoek**

Per 1 januari 2008 is na jarenlange voorbereidingen het FPC Van Mesdag in Groningen van dienstonderdeel van het Ministerie van Justitie (rijksinrichting) verzelfstandigd tot privaatrechtelijke stichting. Door de toenmalige staatssecretaris van Justitie is in april 2007 aan de Tweede Kamer toegezegd dat de verzelfstandiging na twee jaar zou worden geëvalueerd. Dit onderzoek voorziet in die evaluatie.

Het voornaamste met de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag beoogde voordeel betrof het mogelijk maken van *nauwere en intensievere samenwerking, vanuit een juridisch gelijkwaardige positie, met reguliere GGZ-instellingen*. De veronderstelde achterliggende voordelen van een dergelijke intensievere samenwerking betroffen verbetering van de in-, door- en uitstroom van tbs-gestelden, verbetering van de kwaliteit van de zorg (door de ontwikkeling van een transmurale forensische zorgketen met een eenduidige aansturing en samenhangend beleid en door uitwisseling van personeel) en de geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging.

Adequate bevoegdheden en toezicht van het ministerie van Justitie vormden een randvoorwaarde waaronder de verzelfstandiging diende plaats diende te vinden, gelet op de ministeriële verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het tbs-beleid.

### **Probleemstelling, onderzoeksperiode en onderzoeksvragen**

De *probleemstelling* van het onderzoek is tweeledig:

- I. Welke voorziene en onvoorziene effecten heeft de verzelfstandiging, in 2008, van het FPC Van Mesdag gehad op:
  - de in-/door-/uitstroom;
  - de samenwerking in de forensische zorgketen;
  - de geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging (risico-management);
  - de verhouding tussen het ministerie van VenJ en het FPC?
- II. Welke lessen zijn hieruit te trekken voor eventuele (juridische) verzelfstandiging van de rijksinrichtingen FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht?

Het FPC Van Mesdag is in 1999 (d.w.z. ver voor de verzelfstandiging van 2008) reeds een samenwerkingsrelatie aangegaan met GGZ-instelling Lentis, met als directe aanleiding bestuurlijke en organisatorische problemen bij het FPC Van Mesdag. Vanaf 1999 is bij het



## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

FPC, na een reorganisatie, een veranderingstraject in gang gezet. Om de effecten van de verzelfstandiging analytisch zo goed mogelijk te kunnen afzonderen van de effecten van de samenwerking met Lentis, van de reeds lopende veranderingen en van algemene ontwikkelingen in het tbs-veld, wordt de periode 1997-2010 aangemerkt als *onderzoeksperiode*.

Het onderzoek kent de volgende *onderzoeksvragen*:

- a. Welke voor het onderzoek relevante ontwikkelingen doen zich voor in het tbs-beleid?
- b. Hoe heeft het FPC Van Mesdag zich in de periode 1997-2010 ontwikkeld op de volgende terreinen:
  - de in-/door-/uitstroom;
  - de samenwerking in de forensische zorgketen;
  - geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging (risico-management);
  - de verhouding tussen ministerie en het FPC.
- c. In hoeverre heeft de verzelfstandiging in 2008 bijgedragen aan bovenstaande ontwikkelingen?
- d. Welke knelpunten doen zich in de huidige situatie voor en in hoeverre zijn deze terug te voeren op de verzelfstandiging?
- e. Wat valt er op grond van het voorgaande te zeggen over eventuele verzelfstandiging van de rijksinrichtingen FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht?

### **Gebruikte methoden**

De volgende onderzoeksmethoden zijn gehanteerd:

- literatuurstudie;
- bestudering van wet- en regelgeving, beleidsdocumenten, verslagen Kamercommissie, Handelingen e.d.;
- analyse van statuten, jaarverslagen, jaarplannen, interne documenten, rapportages e.d. van het FPC Van Mesdag;
- analyse van inspectierapporten (Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing);
- interviews met uiteenlopende betrokkenen van het FPC Van Mesdag (9 interviews);
- interviews met uiteenlopende betrokkenen van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (6 interviews);
- interviews met betrokkenen van het FPC Oostvaarderskliniek en het FPC Veldzicht (2 interviews);
- analyse van cijfermatige gegevens met betrekking tot de forensische zorgketen/tbs-instellingen (ter beschikking gesteld door de Dienst Justitiële Inrichtingen, vanuit het Monitoring Informatiesysteem Terbeschikkingstelling).

### **Achtergronden**

Allereerst is in het onderzoek een schets gegeven van de voornaamste ontwikkelingen in de tbs-sector vanaf medio jaren negentig. Tot 2008 stonden die ontwikkelingen vooral in het teken van de capaciteitsproblematiek en de daarmee samenhangende passantenproblematiek. In vijftien jaar tijd is de capaciteit aan tbs-plaatsen verdrievoudigd, maar aanvullende maatregelen bleven noodzakelijk om de druk op tbs-klinieken te beperken, gezien het grote aantal tbs-vonnissen en de stijgende gemiddelde verblijfsduur. Tbs met voorwaarden werd aantrekkelijker gemaakt als alternatief voor tbs met dwangverpleging. Een nieuw vereenvoudigd systeem van aselechte plaatsing werd ingevoerd. Er kwam een differentiatie in tarieven gebaseerd op een genormeerde maximale behandelingsduur van 6 jaar. Voorwaardelijke beëindiging van de tbs werd mogelijk en het Forensisch Psychiatrische Toezicht (FPT) werd geïntroduceerd. Samenwerking tussen de tbs-sector en de GGZ-sector heeft – meer recent – geleid tot de introductie van verschillende nieuwe GGZ-voorzieningen voor forensische zorg.

In 2006, na het verschijnen van het rapport van de commissie-Visser, werden allerlei initiatieven, aanbevelingen en voornemens gebundeld en gestroomlijnd in het Plan van aanpak Terbeschikkingstelling en Vernieuwing Forensische Zorg in strafrechtelijk kader. Daardoor werden in relatief korte tijd en in onderlinge samenhang diverse maatregelen geïmplementeerd, maar wel binnen de bestaande wettelijke kaders. In 2010 verscheen het voorstel voor de nieuwe Wet Forensische Zorg (Wfz) dat voorziet in een stelselwijziging gebaseerd op centrale inkoop van forensische zorg door het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ).

Twee recente ontwikkelingen zijn voor dit onderzoek met name van belang. Ten eerste is er sprake van een omslag met betrekking tot de capaciteitsproblematiek: van oplopende capaciteitsproblemen naar – op dit moment nog geringe – overcapaciteit. Ten tweede is duidelijk dat met de nieuwe Wfz de verschillen tussen particuliere en rijksinstellingen aanmerkelijk zullen verminderen. Interessant is daarbij dat – blijkens de toelichting op de Wfz – de relatie tussen ministerie en de klinieken voor wat betreft de sturingsbevoegdheden van de minister zal worden geënt op de huidige (verzelfstandigde) situatie bij het FPC Van Mesdag.

### **Het FPC Van Mesdag tot de verzelfstandiging**

De verzelfstandiging in 2008 vond plaats nadat een ingrijpend veranderingsproces op gang was gebracht binnen het FPC Van Mesdag. Daarbij werd in relatief korte tijd de instelling omgevormd van een kliniek waar veel mis was tot een FPC dat (blijkens de rapporten van de Inspectie voor de Sanctietoepassing en de Inspectie voor de Gezondheidszorg) op alle terreinen bovengemiddeld scoort. De verzelfstandiging bracht geen majeure wijzigingen in de positie van het FPC Van Mesdag binnen Lentis met zich mee, deels omdat het FPC expliciet als zelfstandige eenheid werd gepositioneerd, deels omdat de feitelijke bestuurlijke inbedding in Lentis met de verzelfstandiging “slechts” werd geformaliseerd.

***De effecten van de verzelfstandiging***

De verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag in 2008 is te zien als een “laatste” stap in een reeds lopend proces. Het eindoordeel van het overgrote merendeel van de respondenten (zowel van de zijde van het FPC Van Mesdag zelf als van de zijde van het ministerie) over deze stap is overwegend (zeer) positief. De belangrijkste positieve effecten van de verzelfstandiging betreffen in de ogen van de respondenten het wegnemen van belemmeringen in de bedrijfsvoering en de grotere mogelijkheden tot samenwerking.

Wanneer we de *beoogde positieve effecten* (de beweegredenen voor de verzelfstandiging) langslopen, ontstaat het volgende beeld:

- De door- en uitstroom zijn feitelijk niet verbeterd, maar daarbij moet worden aangetekend dat het verbeteren van doorstroom een lange-termijn proces is en ook afhankelijk is van externe factoren;
- De verzelfstandiging heeft het mogelijk gemaakt meer (zakelijke) samenwerkingsverbanden aan te gaan met Lentis en met andere partners in de forensische zorg. De verzelfstandiging heeft ook bijgedragen aan het aanstellen, in samenwerking met Lentis, van gezamenlijke programmaleiders hetgeen de integratie van forensische zorg in de tbs-sector en GGZ-sector ten goede is gekomen. Door de verzelfstandiging zijn er meer mogelijkheden gekomen voor samenwerking op onderzoeksterrein. Er is meer flexibiliteit bij het aantrekken van nieuw personeel. De overstap van medewerkers van Lentis naar het FPC Van Mesdag verloopt makkelijker (maar andersom is dat lastiger vanwege verlies van aanspraken o.g.v. het sociaal plan). Er is iets meer uitwisseling van personeel tussen Lentis en het FPC dan voorheen, maar ook hier geldt dat de belangrijkste ontwikkelingen zich waarschijnlijk op langere termijn zullen voordoen en daarmee buiten de reikwijdte vallen van deze evaluatie (die immers slechts drie jaar na dato plaatsvindt). Er zijn in de private situatie meer mogelijkheden voor gezamenlijke opleidingen/scholing met Lentis. Het FPC Van Mesdag kan op dit terrein nu ook makkelijker samenwerkingsverbanden aangaan met andere partners;
- Medewerkers zijn sinds de verzelfstandiging meer integraal inzetbaar (d.w.z. in zorg én beveiliging), het FPC Van Mesdag kan nu zelfstandig eigen transport regelen bij begeleid verlof en op het terrein van de veiligheid/BHV kan men nu samenwerken met plaatselijke partners;
- De verhouding tussen het FPC Van Mesdag en het ministerie is door de verzelfstandiging uiteraard ingrijpend veranderd, maar daarbij moet worden aangetekend dat de minister, zoals ook uitdrukkelijk als randvoorwaarde bij de verzelfstandiging is benoemd, op grond van de statuten aanzienlijke bevoegdheden ten aanzien van het FPC Van Mesdag heeft gehouden. Bovendien geldt dat zich, ondanks de formele wijzigingen, in de praktijk in de relatie tussen het ministerie en het FPC Van Mesdag geen grote verandering heeft voorgedaan na de verzelfstandiging.

De conclusie kan dus luiden dat de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag in redelijke mate voldoet aan de verwachtingen (voorziene effecten) die er leefden ten tijde van de beslissing tot verzelfstandiging. Definitieve uitspraken over verhoogde door- en uitstroom

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

van patiënten en geïntensiveerde uitwisseling van personeel zijn echter op dit moment niet mogelijk.

Daarnaast heeft zich een aantal *positieve effecten* voorgedaan, die ten tijde van de verzelfstandigingsbeslissing *niet expliciet als beoogd effect* zijn genoemd maar die door de meerderheid van de respondenten als zeer belangrijk worden beschouwd. Deze effecten hebben vrijwel allemaal te maken hebben met de bedrijfsvoering. Zo heeft het FPC Van Mesdag nu een eigen accountant waardoor de accountantscontrole beter aansluit op de organisatie. Tal van ondersteunende processen verlopen niet meer via het Shared Services Centre (SSC) van DJI, hetgeen de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt. Men heeft nu de mogelijkheid zelf meerjarenonderhoudsplannen te maken voor gebouwen. Er is een grotere keuzevrijheid met betrekking tot leveranciers, er is meer vrijheid bij de automatisering (keuze van software en eigen ontwikkeling daarvan) en er kan beter worden ingespeeld op toekomstige ontwikkelingen die voortvloeien uit het inkoopstelsel en de teruglopende capaciteit, bijvoorbeeld door de vrij komende capaciteit alternatief aanwendbaar te maken.

Uit het onderzoek komen ook enkele *knelpunten (negatieve onvoorziene effecten)* naar voren: een capaciteitsprobleem bij de begeleiding van verloven (waarvan niet geheel duidelijk is of dat probleem toe te schrijven is aan de verzelfstandiging), te grote restricties voor reservevorming, en een onvoldoende FLO-voorziening.

### ***Implicaties voor verdere verzelfstandigingen in het TBS-veld***

De interviews die zijn gehouden met vertegenwoordigers van de twee rijksklinieken dienden vooral om na te gaan of door het FPC Van Mesdag genoemde belemmeringen, die met de verzelfstandiging zijn weggevallen of verminderd, ook in de perceptie van de rijksklinieken als bezwaarlijk worden ervaren. Dat bleek het geval, waarbij vooral belemmeringen voor samenwerking met externe partners en belemmeringen voor een soepele bedrijfsvoering werden aangedragen. Vanuit het perspectief van de rijksinstellingen zelf is verzelfstandiging daarom sterk aan te bevelen. Ook vanuit het perspectief van de forensische zorgsector als geheel ligt verdere verzelfstandiging voor de hand. Daarmee wordt een *level playing field* gecreëerd en vormen de twee rijksklinieken niet langer de vreemde publieke eend in een grote private (GGZ-)bijt. Vanuit het perspectief van de ministeriële verantwoordelijkheid voor de uitvoering van tbs-opleggingen is geen eenduidig antwoord op de vraag naar de wenselijkheid van verdere verzelfstandiging te geven. De invoering van de nieuwe Wfz voorziet in aanwijzings-, ingrijpings- en andere institutionele bevoegdheden van de minister bij alle tbs-klinieken, zodat aan het ontbreken daarvan geen argumenten tegen verzelfstandiging (meer) kunnen worden ontleend. Op grond van zijn ministeriële verantwoordelijkheid dient de minister echter ook te allen tijde de mogelijkheid te hebben tbs-gestelden te plaatsen. Of de plaatsingsproblematiek een laatste argument voor behoud van één of meer rijksklinieken vormt, hangt af van het antwoord op de vraag of (ook in een

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

eventuele situatie van capaciteitstekorten) het plaatsingsinstrument dat de nieuwe Wfz zal gaan bieden (opnameplicht met bestuurlijke boetebepaling) als voldoende effectief wordt aangemerkt.

## Summary

*Nico Groenendijk, Marsha de Vries & Jörgen Svensson (2011). Evaluatie van de verzelfstandiging van het FPC Dr. S. van Mesdag. Enschede: Faculteit Management & Bestuur, Universiteit Twente. ISBN-nummer: 978-90-365-3282-2.*

### **Background**

In the Netherlands forensic psychiatric care to detainees is provided by so called TBS-clinics or Forensic Psychiatric Centres (FPCs). Most of these FPCs are private organizations, but two are public, i.e. part of the national Custodial Institutions Agency (DJI), which itself is part of the Ministry of Security and Justice (VenJ). In 2008, the FPC Dr. S. van Mesdag (named after a Dutch pioneer in forensic psychiatry and located in Groningen) was privatized. This report evaluates this privatization.

The main motive for privatizing the FPC Van Mesdag was to create the possibility for the FPC for closer cooperation, based on an equal legal form, with other organizations in the field of mental health care (GGZ institutions). Such closer cooperation was expected to involve improvement of the flow of patients (especially the outflow of patients to other mental health care facilities), improvement of the quality of treatment and an integrated approach of treatment and security issues. In addition, the privatization was expected to safeguard proper control by the Minister of Security and Justice (who, in the Dutch system, bears the ultimate responsibility for adequate implementation of judicial TBS-commitment orders).

### **Research questions and research period**

The *main research question* of this research is twofold:

- I. Which expected and unexpected effects did the privatization, in 2008, of the FPC Van Mesdag have on:
  - the flow of patients;
  - cooperation within the forensic care system;
  - integration of security issues and care (risk management);
  - the relation between the Ministry of Ven J and the FPC Van Mesdag?
- II. Which lessons can be drawn from the case of the privatization of the FPC Van Mesdag about possible privatization of the two public FPCs (FPC Oostvaarderskliniek and FPC Veldzicht)?

The FPC Van Mesdag already took up cooperation with GGZ institutions in the Groningen region (Lentis) in 1999, in order to solve severe organizational and managerial problems. As from 1999 significant changes have been made in the way the FPC is run. In addition, the Dutch TBS-field has undergone severe changes over the last ten years, mainly to tackle

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

capacity problems due to the increased inflow of TBS-patients. In order to distinguish the effects of the 2008 privatization from the ongoing developments within the FPC Van Mesdag and from general developments in the TBS-field, the *research period* has been set to 1997-2010.

The main research question has been subdivided into the following *sub-questions*:

- a. Which developments, relevant to this research, took place in the tbs-field?
- b. How has the FPC Van Mesdag performed, in the period 1997-2010, in the following fields:
  - the flow of patients;
  - cooperation within the forensic care system;
  - integration of security issues and care (risk management);
  - the relation between the Ministry of Ven J and the FPC Van Mesdag?
- c. To what extent did the 2008 privatization have an effect on these developments?
- d. Which problems does the FPC Van Mesdag face in the current situation and to what extent are the problems related to the 2008 privatization?
- e. Which lessons can be drawn from the case of the privatization of the FPC Van Mesdag about possible privatization of the two public FPCs (FPC Oostvaarderskliniek and FPC Veldzicht)?

### **Research methods**

The following research methods have been used:

- Literatuur study;
- Analysis of legislation, policy documents, parliamentary documents et cetera;
- Analysis of the statutes, annual reports, annual plans, and of internal documents of the FPC Van Mesdag;
- Analysis of inspection reports on the FPC Van Mesdag, by the national Health Care Inspectorate (IGz) and the national Inspectorate for the Implementation of Sanctions (ISt);
- Interviews with representatives of the FPC Van Mesdag (9 interviews);
- Interviews with representatives of the Ministry of Safety and Justice (6 interviews);
- Interviews with representatives of the two public FPCs, FPC Oostvaarderskliniek and FPC Veldzicht (2 interviews);
- Analysis of data on forensic care and performance of FPCs, provided by the national Custodial Institutions Agency (DJI).

### **Research findings (main research question part I)**

The privatization of the FPC Van Mesdag in 2008 can be regarded as a final step in an ongoing process. The vast majority of the respondents (both from the FPC itself and from VenJ) are (very) positive about the privatization as such. According to the respondents the main benefits of the privatization consist of the removal of barriers to the day-to-day

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

management of the FPC and of increased possibilities for cooperation with other institutions in the GGZ-field.

If we look at the *intended positive effects* of the privatization (i.e. the main motives for privatization) the main research findings are as follows:

- No real improvements can be found in the flow of patients, i.e. there is no increased outflow to other mental health care facilities. It must be mentioned however that such an increase cannot really be expected on such a short term. In addition, outflow is not only determined by the efforts of the FPC itself but also by external factors;
- The privatization has increased the possibilities for cooperation with other institutions in the GGZ-field, mainly with Lentis. It has contributed to the development of joint treatment programme coordinators. Research activities, in cooperation with other organizations, have increased. There is more flexibility in appointing new personnel. It has become easier for Lentis employees to start working for the FPC Van Mesdag (due to the social plan that was negotiated in the run up to the privatization it is hardly beneficial for FPC employees to start working for Lentis). The exchange of personnel has increased slightly, but here significant changes can only be expected in the long run. Joint training activities have been developed, both by the FPC Van Mesdag and Lentis (within the framework of Forint, one of the divisions of Lentis) and by Forint with other partners;
- The employees of the FPC Van Mesdag are increasingly responsible for security issues as well as treatment. The FPC is now able to arrange its own transport of patients. It is also able to cooperate with local partners in the field of emergency response;
- In the formal sense, the relationship between the FPC Van Mesdag and the Ministry of VenJ has undergone major changes due to the privatization. Although the Ministry has held considerable competencies over the FPC Van Mesdag, as laid down in the FPC statutes, in practice these competencies have not been used and the relationship between the FOC and the Ministry has not really changed.

All in all, the privatization has to a considerable extent lived up to the expectations at the time of the decision to privatise. However, given that this evaluation research was done only three years after the privatization, it is too early to draw conclusions on two main issues: improvement of the flow of patients and increased exchange of personnel within Forint.

In addition to the effects mentioned above some *positive unintended effects* of the privatization have been indicated – especially by the respondents from the FPC Van Mesdag – to be of great importance. By and large these effects have to do with the day-to-day management of the FPC. The FPC now has its own accountant, it is not depending anymore on the services of the Shared Services Centre of DJI, and it can make its own plans for long-term maintenance of its buildings (which it now owns). It is free to choose its own suppliers and to arrange its own ICT-services (including the development of tailor-made software). More generally, the FPC finds itself to be well able to deal with the upcoming problems of overcapacity in the TBS-field.



However, some *negative unintended effects* must be mentioned as well: insufficient financial provisions to deal with future retirement claims and constraints in building financial reserves. Furthermore, recently problems have developed in the capacity for supervision of leaves (but it is not clear whether this is directly linked to the privatization).

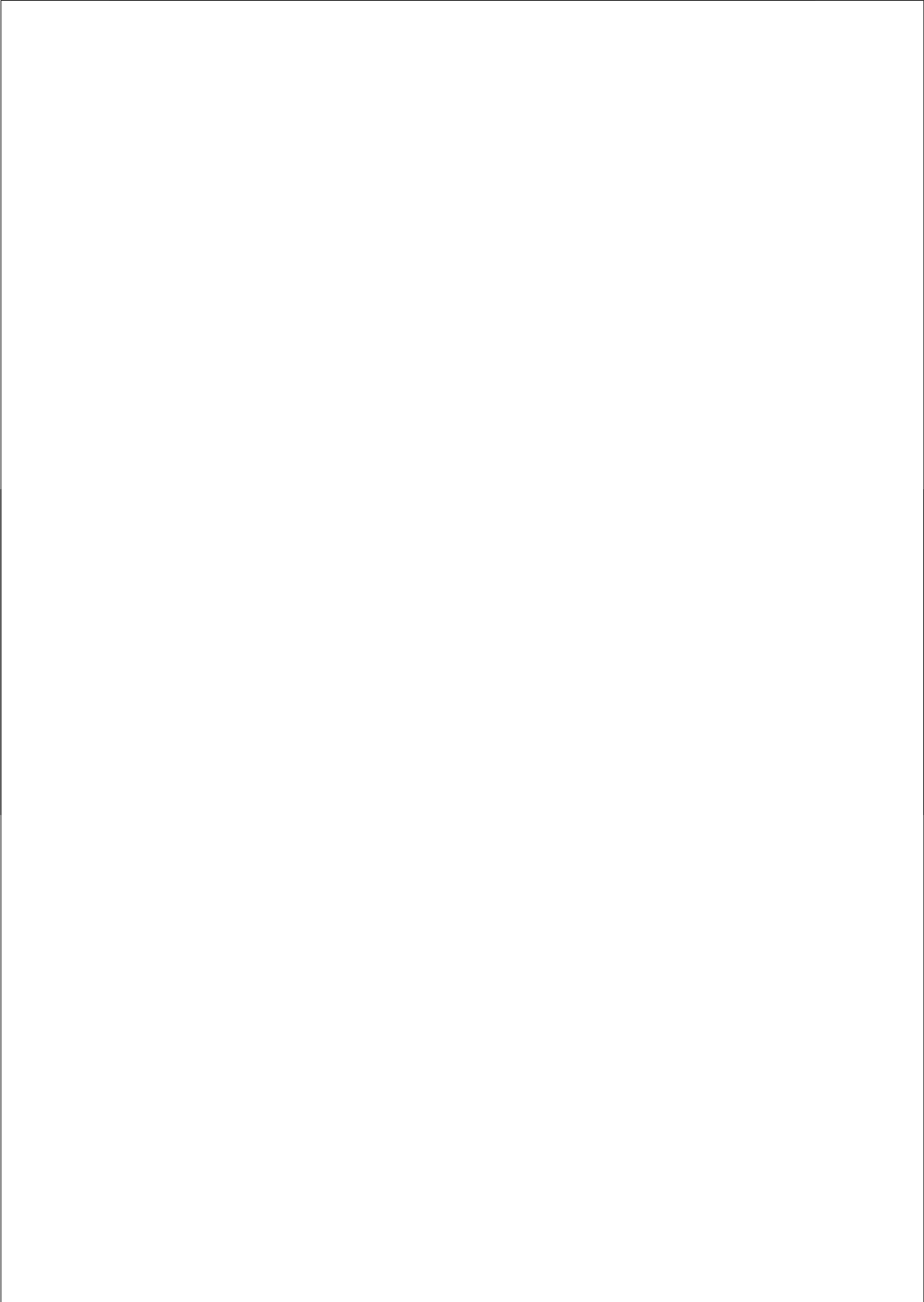
***Research findings (main research question part II)***

Interviews have been held with representatives of the two public FPCs (FPC Oostvaarderskliniek and FPC Veldzicht). These interviews took place to see if the pre-privatization barriers to day-to-day management and to the development of cooperation schemes with external partners, which were mentioned by the respondents of the FPC Van Mesdag, are currently also experienced by the two public FPCs or not. It was found that these barriers are indeed real.

Building on that finding, from the perspective of the public FPCs, privatization is highly recommendable. From the perspective of the TBS-field as a whole the same is true, as full privatization of all FPCs would create a level playing field; the two public FPCs would no longer be the odd ones out in a sector that is almost completely made up of private organizations. From the perspective of the responsibility that the Minister of VenJ has for the proper functioning of the TBS-sector (and for the implementation of judicial TBS-commitment orders) it is however hard to come up with a single recommendation. Upcoming legislation (the Wet Forensische Zorg, Wfz) will provide for significant competencies of VenJ (*vis-à-vis* all FPCs) to intervene in case of mismanagement of FPCs. In that sense, when this legislation is in place, one possible argument for keeping some FPCs public is no longer valid. Another argument is that, because of his responsibility for upholding TBS-commitment orders, the Minister at all times must be able to place TBS-patients in a FPC. Whether in that regard it is deemed necessary to keep at least some FPCs public, depends on one's assessment of the effectiveness of the instruments the Minister will have under the new Wfz (obligation of FPCs to accept new TBS-patients, with financial sanctions if they do not comply), especially in situations of limited capacity.

## Lijst van gebruikte afkortingen

AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AFPN	Ambulante Forensische Psychiatrie Noord Nederland
AVT	Adviescollege Verloftoetsing Tbs
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BVT	Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
DBBC	Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie
DForZo	Directie Forensische Zorg (DJI)
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSP	Directie Sanctie- en Preventiebeleid
DVO	Dienst Vervoer en Ondersteuning (DJI)
EBI	Extra Beveiligde Inrichting
EVBG	Extreem Vlucht- en Beheersgevaarlijk
FLO	Functioneel Leeftijdsontslag
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FPP	Forensisch Psychiatrische Polikliniek
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IBO	Interdepartementaal beleidsonderzoek
IGz	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
IZZ/FPA	Intensieve Zorg Zuidlaren/Forensisch Psychiatrische Afdeling
MITS	Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling
RGD	Rijksgebouwendienst
RIBW	Regionale Instelling voor Begeleiding op het gebied van Wonen, Werken en Welzijn
SSC	Shared Service Center
SLA	Service level agreement
Tbs	Ter beschikking stelling
VenJ	Veiligheid en Justitie
Wfz	Wet forensische zorg
WTZI	Wet Toelating Zorginstellingen



# 1. Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de evaluatie van de verzelfstandiging per 1 januari 2008 van het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag<sup>1</sup>. In dit eerste hoofdstuk komen achter-eenvolgens aan bod:

- de aanleiding tot het evaluatie-onderzoek;
- de probleemstelling en onderzoeksvragen;
- de gebruikte onderzoeksmethoden;
- de opbouw van het rapport.

## 1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Per 1 januari 2008 is na jarenlange voorbereidingen het FPC Van Mesdag in Groningen van dienstonderdeel van het Ministerie van Justitie (rijksinrichting) verzelfstandigd tot privaatrechtelijke stichting. In het debat van 11 april 2007 met de Vaste Commissie voor Justitie is door de toenmalige staatssecretaris van Justitie toegezegd dat de verzelfstandiging na twee jaar zou worden geëvalueerd.<sup>2</sup> Dit onderzoek voorziet in die evaluatie.

Het voornaamste met de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag beoogde voordeel betreft het mogelijk maken van *nauwere en intensievere samenwerking, vanuit een juridisch gelijkwaardige positie, met reguliere GGZ-instellingen*. Dit sloot aan op eerdere ideeën van de commissie-Kosto (2001) en van de commissie-Visser (2006)<sup>3</sup>. De veronderstelde achterliggende voordelen van een dergelijke intensievere samenwerking betreffen:

- verbetering van de in-, door- en uitstroom van tbs-gestelden;
- verbetering van de kwaliteit van de zorg (door de ontwikkeling van een transmurale forensische zorgketen met een eenduidige aansturing en samenhangend beleid);
- personele voordelen (bijvoorbeeld t.a.v. de uitwisseling, beschikbaarheid en deskundigheid van het personeel);
- geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging.

Een specifieke en directe aanleiding voor de verzelfstandiging van juist het FPC Van Mesdag en niet één van de beide andere rijksklinieken, wordt gevormd door eerdere "organisatorische en behandelinhoudelijke problemen [...] die een zodanig karakter hadden dat

---

<sup>1</sup> Het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag heette tot 2006 de Dr. S. van Mesdagkliniek - Forensisch Psychiatrisch Ziekenhuis en werd ook wel aangeduid als de (Van) Mesdagkliniek. In dit rapport wordt steeds korthedshalve gesproken van de Van Mesdagkliniek (wanneer het de periode tot 2006 betreft) en het FPC Van Mesdag (vanaf 2006).

<sup>2</sup> Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 30 957, nrs. 3 en B.

<sup>3</sup> Respectievelijk Commissie Beleidsvisie Tbs (2001) en Parlementaire onderzoekscommissie TBS (2006, Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nrs. 4-5).

bestuurlijke ingrepen onvermijdelijk bleken te zijn."<sup>4</sup> Voor deze problemen werd een oplossing gevonden in het verlengde van de samenwerking die al vanaf 1999 bestond met Lentis (tot 1 februari 2007: GGZ-Groningen). Na een reorganisatie van de kliniek onder leiding van een interim-directeur, bleek de voorzitter van de Raad van Bestuur van Lentis bereid te zijn de leiding van de Mesdagkliniek op zich te nemen, mits beide instellingen een gelijke juridische positie zouden innemen. Daarom is destijds reeds besproken dat, voor een optimale samenwerking met Lentis (een private instelling), zou worden gestreefd naar een verzelfstandiging van de Mesdagkliniek (een rijkskliniek).<sup>5</sup> Het besluit tot verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag moet dus in het licht worden gezien van het kunnen continueren van de gezamenlijke aansturing van de tbs-instelling en de GGZ-instelling.

Op grond van het bovenstaande is de verzelfstandiging primair te typeren als een wijziging van de juridische status van het FPC Van Mesdag, die dienstig werd geacht te zijn aan een verdere ontwikkeling van een reeds gerealiseerde bestuurlijke en zorginhoudelijke inbedding van het FPC Van Mesdag in Lentis. Bij de beslissing tot verzelfstandiging is verder veel aandacht besteed aan de relatie tussen het ministerie en het FPC Van Mesdag na verzelfstandiging. Adequate bevoegdheden en toezicht vormden een randvoorwaarde waaronder de verzelfstandiging diende plaats te vinden, gelet op de ministeriële verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het tbs-beleid.

## **1.2 Probleemstelling, onderzoeksperiode en onderzoeksvragen**

De tbs-sector is een dynamische sector waarin in de achterliggende decennia beleidswijzigingen (of voornemens daartoe) zich in snel tempo opvolgden. Het betreft hier uiteenlopende veranderingen in de capaciteit van de sector, de indicatiestelling, het plaatsingsbeleid, de verlofpraktijk/risicotaxatie, de circuit-/ketenvorming, de bekostiging/inkoopbeleid en de Diagnose Behandeling Beveiliging Combinaties (DBBCs). De beweegredenen voor beleidswijzigingen komen grotendeels overeen met de effecten die ook zijn genoemd als beweegredenen voor de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag:

- betere in-/door-/uitstroom (m.n. verkorting van de verblijfsduur met het oog op capaciteitsproblemen);
- betere samenwerking in de forensische zorgketen;
- geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging (beter risico-management).

Daarbij vormt de relatie tussen tbs-instellingen en het ministerie, gelet op de ministeriële verantwoordelijkheid voor het tbs-beleid, een terugkerend aandachtspunt.

Daarnaast werd in het FPC Van Mesdag vanaf eind 1999 een veranderingstraject in gang gezet, waarbij het FPC Van Mesdag bestuurlijk werd ingebed in GGZ-Groningen, en er een reorganisatie plaatsvond, gericht op verbetering van de kwaliteit van de forensische zorg.

---

<sup>4</sup> Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 30 957, A en nr. 1.

<sup>5</sup> Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 30 957, A en nr. 1

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Het bovenstaande betekent dat, analytisch gezien, sprake is van een situatie waarin het functioneren van het FPC Van Mesdag onderhevig is geweest aan zowel algemene ontwikkelingen in het tbs-veld als aan de wijzigingen ten gevolge van het eigen verbetertraject, met de verzelfstandiging in 2008 als bijzondere factor. De verzelfstandiging kan in positieve zin hebben bijgedragen aan het ingezette verbetertraject, kan daarop geen invloed hebben gehad, of kan negatief hebben gewerkt voor verdere verbeteringen. De hierboven genoemde beweegredenen hebben betrekking op beoogde positieve effecten van de verzelfstandiging. De vraag is of deze positieve effecten zich daadwerkelijk hebben voorgedaan en of er wellicht onvoorziene (positieve of negatieve) effecten zijn opgetreden.

De probleemstelling van het onderzoek is tweeledig:

- I. Welke voorziene en onvoorziene effecten heeft de verzelfstandiging, in 2008, van het FPC Van Mesdag gehad op:
  - a. de in-/door-/uitstroom;
  - b. de samenwerking in de forensische zorgketen;
  - c. de geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging (risico-management);
  - d. de verhouding tussen het ministerie van VenJ en het FPC?
- II. Welke lessen zijn hieruit te trekken voor eventuele (juridische) verzelfstandiging van de rijksinrichtingen FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht?

Het FPC Van Mesdag is zoals gezegd in 1999 (d.w.z. ver voor de verzelfstandiging van 2008) reeds een samenwerkingsrelatie aangegaan met GGZ-instelling Lentis. Om de effecten van de verzelfstandiging analytisch zo goed mogelijk te kunnen afzonderen van de effecten van deze samenwerking en van algemene ontwikkelingen in het tbs-veld wordt de periode 1997-2010 aangemerkt als *onderzoekperiode*.

Het onderzoek kent de volgende *onderzoeksvragen*:

- a. Welke voor het onderzoek relevante ontwikkelingen doen zich voor in het tbs-beleid?
- b. Hoe heeft het FPC Van Mesdag zich in de periode 1997-2010<sup>6</sup> ontwikkeld op de volgende terreinen:
  - de in-/door-/uitstroom;
  - de samenwerking in de forensische zorgketen;
  - geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging (risico-management);
  - de verhouding tussen ministerie en het FPC.
- c. In hoeverre heeft de verzelfstandiging in 2008 bijgedragen aan bovenstaande ontwikkelingen?
- d. Welke knelpunten doen zich in de huidige situatie voor en in hoeverre zijn deze terug te voeren op de verzelfstandiging?

---

<sup>6</sup> De periode 1997-2010 geldt als onderzoekperiode, maar de beschrijving en analyse in het onderzoek is soms beperkt tot een kortere periode, als gevolg van beperkte beschikbaarheid van data.

- e. Wat valt er op grond van het voorgaande te zeggen over eventuele verzelfstandiging van de rijksinrichtingen FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht?

### 1.3 Onderzoeksmethoden

De volgende onderzoeksmethoden zijn gehanteerd:

- literatuurstudie;
- bestudering van wet- en regelgeving, beleidsdocumenten, verslagen Kamercommissie, Handelingen e.d.;
- analyse van statuten, jaarverslagen, jaarplannen, interne documenten, rapportages e.d. van het FPC Van Mesdag;
- analyse van inspectierapporten (Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing);
- interviews met uiteenlopende betrokkenen van het FPC Van Mesdag (9 interviews);
- interviews met uiteenlopende betrokkenen van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (6 interviews);
- interviews met betrokkenen van het FPC Oostvaarderskliniek en het FPC Veldzicht (2 interviews);
- analyse van cijfermatige gegevens met betrekking tot de forensische zorgketen/tbs-instellingen (ter beschikking gesteld door de Dienst Justitiële Inrichtingen, vanuit het MITS7).

Bijlage 1 bevat een overzicht van de (17) geïnterviewde functionarissen. De interviews hebben plaatsgevonden in de periode januari 2011-juli 2011. Na afloop van de interviews zijn de verslagen van de interviews en/of de daarop gebaseerde passages in dit eindrapport steeds voor akkoord voorgelegd aan de geïnterviewden. Alle respondenten van het FPC Van Mesdag en van de twee rijksklinieken zijn akkoord gegaan met expliciete verwijzing naar hun functie bij het weergeven van de interviewresultaten. Voor de respondenten van het ministerie van VenJ geldt dat meerdere respondenten in verband met het beginsel van de ministeriële verantwoordelijkheid een voorkeur hebben uitgesproken voor een meer algemene wijze van verwijzing (“de respondenten van het ministerie van VenJ”, “enkele respondenten van VenJ”, “een respondent van VenJ”). Aan die wens is gehoor gegeven.

### 1.4 Opbouw van het rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 biedt een schets van de voor dit onderzoek meest relevante ontwikkelingen in het tbs-beleid, vanaf 1995 (onderzoeksvraag a). Hoofdstuk 3 geeft in hoofdlijnen en chronologisch weer hoe het FPC Van Mesdag zich in de periode tot de verzelfstandiging heeft ontwikkeld. In de hoofdstukken 4 tot en met 6 wordt stilgestaan bij samenwerking en behandelkwaliteit, bestuur en toezicht, en bedrijfsvoering. In hoofdstuk 7 wordt aansluitend het antwoord gegeven op onderzoeksvragen b-d (deel I van de probleemstelling). Hoofdstuk 8 gaat in op de vraag naar eventuele verzelfstandiging

---

<sup>7</sup> Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

van de twee overgebleven rijksinstellingen (onderzoeksvraag e, deel II van de probleemstelling). Hoofdstuk 9 vormt de slotbeschouwing.



## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

## 2. Achtergronden

De maatregel ter beschikking stelling (tbs) is een strafrechtelijke maatregel, die kan worden opgelegd aan personen die een ernstig misdrijf hebben gepleegd en bij wie, ten tijde van het misdrijf, sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Naast dit criterium moet er sprake zijn van delictgevaarlijkheid en recidiverisico, waardoor het gevaar voor anderen en/of voor de algemene veiligheid van personen of goederen onaanvaardbaar hoog is. Het doel van de tbs-maatregel is enerzijds de maatschappij te beveiligen en anderzijds de tbs-gestelde een behandeling te bieden, die gericht is op een veilige terugkeer naar en deelname aan de maatschappij. De terbeschikkingstelling wordt geregeld in art. 37a Sr.

De tbs-maatregel kent twee varianten: tbs met dwangverpleging en tbs met voorwaarden. In het geval van tbs met dwangverpleging wordt de tbs-gestelde in een (gesloten) Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) geplaatst en aldaar behandeld. Tbs met dwangverpleging is dus een vrijheidsbenemende maatregel. Bij een veroordeling tot tbs met voorwaarden wordt de persoon niet onder dwang in een FPC opgenomen, maar stelt de rechter voorwaarden aan het gedrag van de persoon (bijvoorbeeld het volgen van dagbehandeling of een alcoholverbod). Als hij zich niet houdt aan die voorwaarden, kan de rechter de tbs met voorwaarden omzetten in een tbs met bevel tot verpleging. Voor dit onderzoek is vooral de tbs met dwangverpleging van belang, waarbij opname plaatsvindt in een FPC.

Dit hoofdstuk<sup>8</sup> vormt de beantwoording van onderzoeksvraag a): *Welke voor het onderzoek relevante ontwikkelingen doen zich voor in het tbs-beleid?* In dit hoofdstuk worden vooral die ontwikkelingen belicht die direct relevant zijn voor het verdere onderzoek en waarnaar in latere hoofdstukken zonnodig wordt verwezen. Het gaat daarbij om de volgende thema's:

- landelijke ontwikkelingen met betrekking tot capaciteit en in-, door- en uitstroom (paragraaf 2.1);
- verschillende soorten tbs-instellingen (paragraaf 2.2);
- het plaatsingsbeleid (paragraaf 2.3);
- de bekostiging van de forensische psychiatrische zorg (paragraaf 2.4).
- verzelfstandiging (paragraaf 2.5);

Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele conclusies (paragraaf 2.6).

---

<sup>8</sup> Voor dit hoofdstuk is –naast de bronnen waarnaar direct wordt verwezen– onder andere gebruik gemaakt van Nagtegaal, Van der Horst en Schönberger (2011), van het rapport van de commissie-Visser uit 2006, en van Brink, Van der Wel, Hissel en Koning (2006).

In bijlage 4 is een kort chronologisch overzicht opgenomen van de voornaamste inhoud van de meest relevante onderzoeken van werkgroepen en commissies, van verbetertrajecten, van beleidskaders en dergelijke, waarnaar in dit hoofdstuk meerdere malen wordt verwezen.

## 2.1 Landelijke ontwikkelingen in capaciteit en in-, door- en uitstroom

In deze paragraaf staan we stil bij de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de capaciteit in de tbs-sector en de in-, door- en uitstroom. Daarbij wordt ook kort aandacht besteed aan enkele maatregelen ter beperking van de instroom en bevordering van de door- en uitstroom uit tbs-instellingen.

### *Instroom, capaciteit en verblijfsduur*

In de periode 1996-2009 is, zo blijkt uit tabel 2.1, een gestage uitbreiding te zien van de tbs-capaciteit, als gevolg van uitbreiding van de capaciteit in al bestaande FPC's en het openen van nieuwe FPC's. De totale capaciteit voor intramurale behandeling nam toe van 405 plaatsen in 1990 tot 2.104 plaatsen in 2009.

**Tabel 2.1** Tbs-opleggingen, tbs-capaciteit, verblijfsduur en passantenproblematiek (1990, 1995-2009)

Jaar	Gerealiseerde capaciteit (per ultimo), justitieel en niet-justitieel	Opleggingen tbs met dwang-verpleging	Opleggingen tbs met voorwaarden* (% totaal tbs-opleggingen)	Gemiddelde verblijfsduur in jaren voor uitstroom-cohorten	Gemiddeld aantal tbs-passanten	Gemiddelde wachttijd passanten in dagen
1990	405	95	17 (14%)	4.2	28	175
1995	650	180	10 (5%)	4.9	134	320
1996	803	196	10 (5%)	5.4	180	347
1997	866	156	8 (5%)	5.3	171	365
1998	970	150	31 (17%)	5.0	173	299
1999	1.175	171	51 (23%)	5.4	148	280
2000	1.183	151	35 (19%)	5.5	138	283
2001	1.222	177	42 (19%)	5.9	151	259
2002	1.264	203	39 (16%)	6.3	153	250
2003	1.303	217	50 (19%)	7.0	169	229
2004	1.401	226	77 (26%)	7.0	188	246
2005	1.637	207	64 (24%)	7.4	214	282
2006	1.738	176	63 (26%)	7.4	146	247
2007	1.854	183	48 (21%)	7.9	150	214
2008	1.992	124	50 (29%)	8.4	120	261
2009	2.104	107	40 (27%)	Nb	76	189

\*tot 1997 tbs met aanwijzing (tbsa) genoemd.

Bron: DJI/Nagtegaal, Van der Horst en Schönberger (2011, bijlagen).

Deze capaciteitsuitbreiding gaat logischerwijs samen met een verhoogde instroom. Reeds in de eerste helft van de jaren negentig verdubbelde het aantal tbs-opleggingen met dwangverpleging en die ontwikkeling zet zich voort tot 2007, met 2002-2005 als

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

piekperiode. Verder blijkt uit de tabel dat de gemiddelde verblijfsduur toeneemt, hetgeen een negatief effect heeft op de mogelijkheden tot opname van nieuwe tbs-gestelden.<sup>9</sup> Recent valt er een afname te zien van het aantal tbs-opleggingen met dwangverpleging<sup>10</sup>. Zoals ook zal blijken uit hoofdstuk 4 (waar we ingaan op de bezettingsgraad van het FPC Van Mesdag in vergelijking met andere klinieken) zijn de grootste capaciteitsproblemen inmiddels verleden tijd.

De capaciteitsproblemen hebben hun weerslag gehad op de zogenaamde passantenproblematiek (tbs-gestelden die nog in een gevangenis verblijven terwijl ze eigenlijk al in een tbs-kliniek geplaatst zouden moeten zijn). Het aantal tbs-passanten stijgt in enkele jaren tijd tot 180 in 1996, blijft aanzienlijk in de jaren daarna, met een piek in 2004-2005. Ook hier zien we echter recent een daling (zowel van het aantal passanten als van de gemiddelde wachttijd).<sup>11</sup>

### ***Maatregelen met betrekking tot beperking van de instroom***

#### *Tbs met voorwaarden*

In oktober 1997 trad de wet-Fokkens in werking<sup>12</sup>, gericht op het vergroten van de praktische toepasbaarheid van de tbs met aanwijzing, als alternatief voor het opleggen van tbs met dwangverpleging, om zo de instroom in klinieken te beperken. De gedachte was dat tbs met aanwijzing als tbs-variant minder aantrekkelijk werd bevonden vanwege obstakels voor een eventuele latere omzetting in tbs met dwangverpleging (indien de voorwaarden door de tbs-gestelde werden geschonden). Na 1997 is inderdaad, zo blijkt uit tabel 2.1, een stijging te zien van het aantal opleggingen van tbs met voorwaarden (die vanaf 1997 de tbs met aanwijzing verving), zowel in absolute zin als bezien als aandeel van het totaal aantal tbs-opleggingen.<sup>13</sup>

---

<sup>9</sup> De verblijfsduur is in de tabel weergegeven voor uitstroomcohorten en heeft betrekking op de gehele feitelijke duur van het intramurale verblijf van tbs-gestelden die in het betreffende jaar zijn uitgestroomd. Zie voor de voor- en nadelen van deze methode vergeleken met andere methoden (peilmoment, instroomcohort) Brand en Van Gemmert (2009) en Nagtegaal, van der Horst en Schönberger (2011).

<sup>10</sup> Zie Van Dijk (2011) voor een nadere analyse van deze recente daling.

<sup>11</sup> Voor de overheid houdt de passantenproblematiek een financieel risico in. Sinds begin jaren negentig kunnen tbs-passanten in een civielrechtelijke procedure schadevergoeding vragen van de staat. Dit kreeg extra betekenis toen het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in mei 2004 (in de zaken Brand en Morsink) bepaalde dat de lange passantentijd in strijd was met de universele rechten van de mens, en dat de wachttijd na detentie niet meer dan zes maanden zou mogen bedragen. Zie Europees Hof Rechten van de Mens 11 mei 2004, 49902/99 (Brand), NJ 2005/57 en 11 mei 2004, 48865/99 (Morsink).

<sup>12</sup> De wet-Fokkens is het uitvloeisel van eerdere voorstellen met betrekking tot de uitvoering van de tbs-maatregel van de commissie-Fokkens (1993).

<sup>13</sup> De tbs met voorwaarden kon alleen worden opgelegd bij een gevangenisstraf van maximaal drie jaar. Per 1 september 2010 is dat verruimd naar vijf jaar. Tevens is de maximale duur van deze tbs-variant verlengd van vier naar negen jaar. Beide wijzigingen komen overeen met de aanbevelingen betreffende de tbs met voorwaarden van de commissie-Visser uit 2006.

### *Fokkensregeling*

Naast deze instroombeperkende maatregel kende de wet-Fokkens een maatregel die juist extra druk op de beschikbare capaciteit legde. De wet-Fokkens maakte (bij combinatievonnissen) opname mogelijk in een forensisch psychiatrische instelling na één derde van de gevangenisstraf, in plaats van na twee derde van de straf (het moment van voorwaardelijke invrijheidsstelling) zoals voorheen. Deze maatregel staat bekend als de Fokkensregeling. Achterliggende gedachte was dat zo de negatieve gevolgen van detentie op de stoornis(sen) werden beperkt. De Fokkensregeling bleek in de praktijk nauwelijks uitvoerbaar vanwege de capaciteitsproblemen. Toen in 2009 weer enige ruimte in de capaciteit ontstond (en de regeling feitelijk toegepast had kunnen worden) werd de regeling bevroren (op 10 november 2009) omdat ze bij nader inzien niet strookte met de intentie van de rechter bij het opleggen van langdurige gevangenisstraf gevolgd door tbs.<sup>14</sup> Ondanks talrijke negatieve adviezen (o.a. van de Raad van State, van de Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming en van GGZ Nederland) is de regeling per 4 augustus 2010 definitief ingetrokken.

### *Pre-klinische interventies en tbs-plaatsen in het gevangeniswezen*

Als gevolg van de passantenproblematiek en het niet kunnen effectueren van de Fokkensregeling, werd ook gezocht naar alternatieven voor de behandeling van tbs-ers in detentie. In 1997 startte de eerste pilot met zogenaamde 'pre-klinische interventies' (vanuit het FPC Oldenkotte in het Huis van Bewaring in Zwolle) die ruim navolging kreeg. Een pre-klinische interventie (pki) richt zich op het voorbereiden van de tbs-gestelde op de instroom in het FPC en omvat het stellen van de diagnose, het uitvoeren van een risico-taxatie, het maken van een milieurapportage en – in sommige gevallen – het geven van informatie aan de tbs-gestelde over de stoornis (psycho-educatie). Naast deze pre-klinische interventies werden in het gevangeniswezen ook pre-klinische behandelingen (pkb's) toegepast waarbij behandelplannen worden opgesteld die het mogelijk maken dat de tbs-gestelde direct bij opname in het FPC met de behandeling kan beginnen.

Naast deze pre-klinische trajecten ter voorbereiding op latere behandeling in een tbs-kliniek, zijn er begin 2006 zes projecten gestart waarbij 148 tbs-plaatsen zijn gerealiseerd in het gevangeniswezen. Uit evaluatie-onderzoek van deze projecten blijkt dat deze plaatsen niet voldoen aan de eisen van het gehele tbs-behandeltraject, met name niet aan eisen in de resocialisatiefase van de behandeling (er zou dus alsnog doorstromen naar een kliniek moeten plaatsvinden).<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 29 452, nr. 123.

<sup>15</sup> Desain, Brink en Koning (2008).

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

### Door- en uitstroom

Onderstaande tabel biedt inzicht in de ontwikkeling van de verschillende modaliteiten ter beëindiging van de tbs.

**Tabel 2.2** Tbs-beëindigingen en proefverloven (1996-2009)

Jaar	Aantal beëindigingen tbs met dwangverpleging	Aantal voorwaardelijke beëindigingen tbs (vanaf 1997)	Gemiddeld aantal proefverloven (per ultimo)	Gemiddelde duur proefverloven (in dagen)
1996	57	-	95	Nb
1997	73	2	101	Nb
1998	69	43	80	470
1999	84	42	76	471
2000	79	28	97	482
2001	88	35	116	558
2002	80	34	127	577
2003	83	51	122	560
2004	120	42	121	501
2005	98	50	96	589
2006	111	34	104	640
2007	101	16	93	562
2008	97	57	85	865
2009	96	69	76	972

Bron: DJI/Nagtegaal, Van der Horst en Schönberger (2011, bijlagen)

Als gevolg van incidenten met tbs-gestelden op (proef)verlof, zijn in de loop der tijd in toenemende mate eisen gesteld aan verlofaanvragen, resulterend in (steeds aangescherpte) verlofbeleidskaders in 2000, 2004, 2007 en 2009. Deze kaders schrijven voor dat er specifieke risico-taxatie-instrumenten moeten worden gebruikt ter onderbouwing van de verlofaanvragen. In 2008 werd het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT) opgericht dat de verlofaanvragen inhoudelijk toetst en de minister van VenJ adviseert. Het betreft hier overigens alle door FPCs ingediende aanvragen voor verloven van tbs-gestelden. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden naar:

- beveiligd en begeleid verlof c.q. onbegeleid verlof. Deze vormen van verlof vinden plaats tijdens de intramurale fase van de tbs met dwangverpleging, in het kader van de resocialisatie;
- transmuraal verlof (het vroegere woonverlof). Dit verlof vormt de eerste overgang tussen het verblijf in het FPC en het verblijf in de maatschappij;
- proefverlof dat plaatsvindt in de extramurale fase van de behandeling.

***Maatregelen ter bevordering van de door- en uitstroom***

*Voorwaardelijke beëindiging*

De eerder genoemde wet-Fokkens uit 1997 beoogde – mede – de bevordering van de door- en uitstroom. Deze wet introduceerde de voorwaardelijke beëindiging van de tbs door de rechter, gericht op een geleidelijke overgang tussen behandeling en terugkeer in de maatschappij, als optie naast de verschillende verlofvormen. Voorwaardelijke beëindiging is bedoeld voor tbs-gestelden die de behandeling goed doorlopen. De duur van de voorwaardelijke beëindiging werd aanvankelijk gemaximeerd op drie jaar. Na de motie Kalsbeek-Nicolaï uit 1999 (die de periode van voorwaardelijke beëindiging wenste te verlengen tot 15 jaar), kwam het toenmalige kabinet in 2002 met een voorstel tot vergroting van de periode van voorwaardelijke beëindiging van drie naar zes jaar. In de adviesrondes en bij de behandeling in de Tweede Kamer blijkt het beter te zijn eerst enkele experimenten met forensisch psychiatrisch toezicht (FPT) af te wachten en aanvullend onderzoek te doen. Het volgende kabinet trok het voorstel in. Met ingang van 1 januari 2008 is de duur van voorwaardelijke beëindiging verlengd van drie naar negen jaar, conform één van de aanbevelingen van de commissie-Visser.

*Meer samenwerking in de keten*

Ketenzorg wordt wel gedefinieerd als een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd (Rosendal c.s., 2009: 20, in navolging van de Raad voor de Volksgezondheid). Ketensamenwerking heeft vooral betrekking op afstemming tussen schakels in de keten bij overgang van patiënten (vanuit het FPC gezien: instroom en door- en uitstroom), maar kan ook slaan op andere samenwerkingsvormen tussen zorgaanbieders.

De commissie-Kosto (2001) richtte zich specifiek op de samenwerking van FPC's en de GGZ-sector, gelet op door- en uitstroom. De commissie schetste twee verschillende samenwerkingsvarianten:

- a. niet-vrijblijvende afspraken over samenwerking tussen FPC's en GGZ en de ontwikkeling van regionale zorgcircuits;
- b. volledige integratie van de tbs in de GGZ.

De commissie sprak haar voorkeur uit voor de tweede optie, het toenmalige kabinet besloot echter tot uitwerking van de eerste optie. Als onderdeel van het verbetertraject "TBS terecht" is vervolgens een aantal maatregelen getroffen gericht op het verbeteren van de door- en uitstroom van tbs-gestelden naar vervolgvoorzieningen. Hoewel er in de jaren negentig in diverse regio's al samenwerkingsverbanden waren tussen FPC's, de algemene GGZ en andere relevante organisaties (reclassering, verslavingszorg, RIBW) in zogenaamde forensisch psychiatrische circuits, waren er grote verschillen tussen regio's en had de samenwerking het karakter van een lappendeken. Bovendien constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2000 (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2001) dat de doorstroom

van tbs-klinieken naar GGZ-voorzieningen problematisch was, hetgeen deels was terug te voeren op een geringe bereidheid van de GGZ-sector tot opname van (ex)-tbs-gestelden. Eind 2001 werd vanuit de ministeries van Justitie en VWS besloten tot een driejarige stimuleringsregeling voor circuitvorming in de forensische psychiatrie. In 2003 concludeerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat deze circuitvorming op gang was gebracht, maar dat de daadwerkelijke doorstroom nog steeds te wensen overliet doordat de reguliere GGZ-voorzieningen onvoldoende aansloten op de vereisten voor (ex)-tbs-gestelden (beveiligingsaspecten, wettelijke kaders voor aanpak van grensoverschrijdend en/of agressief gedrag, aard van de stoornis). GGZ-instellingen zijn daarom de laatste tien jaar in hoog tempo speciale voorzieningen voor forensische psychiatrie gaan ontwikkelen, zoals FPK's (forensisch psychiatrische klinieken), FPP's (forensisch psychiatrische poliklinieken) en FPA's (forensisch psychiatrische afdelingen).

#### *Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT)*

Na een testfase is in 2008 het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT) geïntroduceerd (en inmiddels ingevoerd bij alle FPCs). Het FPT vormt een extra voorziening tussen de behandeling door het FPC en de begeleiding door de reclassering. De gedachte achter het FPT is dat verbeterde samenwerking van het FPC met de reclassering de bereidheid van FPC's vergroot om tbs-gestelden uit te laten stromen via proefverloven en voorwaardelijke beëindiging (zie hieronder). Uit een recente evaluatie blijkt dat de wijze van invulling van het FPT regionaal sterk verschilt.<sup>16</sup>

## **2.2 Tbs-instellingen**

In Nederland zijn op dit moment 13 zogenaamde FPCs. Een FPC is een uitvoeringsorganisatie voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel waarin tbs-gestelden worden behandeld die tbs met dwangverpleging opgelegd hebben gekregen. De FPCs kunnen worden onderscheiden in justitiële instellingen en niet-justitiële instellingen. In justitiële instellingen zijn uitsluitend tbs-gestelden opgenomen, in niet-justitiële instellingen worden ook andere patiënten behandeld. Binnen de justitiële instellingen is een nader onderscheid mogelijk tussen rijksklinieken en particuliere klinieken.<sup>17</sup> Het FPC Van Mesdag was een rijkskliniek en is sinds 2008 een particuliere kliniek.

Overzicht 2.1 laat zien welke instellingen zich bezighouden met de behandeling van tbs-gestelden met dwangverpleging.

---

<sup>16</sup> Harte, Van Kalmthout en Knüppe (2010).

<sup>17</sup> Alle niet-justitiële instellingen zijn particulier en worden gerekend tot de GGZ-sector.



## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

### Overzicht 2.1 Instellingen t.b.v. tbs met dwangverpleging<sup>18</sup>

Justitiële instellingen, rijksklinieken	FPC Oostvaarderskliniek	Almere
	FPC Veldzicht	Balkbrug
Justitiële particuliere instellingen	FPC Dr. H. van der Hoeven Kliniek	Utrecht
	FPC De Kijvelanden	Poortugaal
	FPC Dr. S. van Mesdag	Groningen
	FPC Oldenkotte	Rekken
	FPC Pompestichting	Nijmegen
	FPC De Rooyse Wissel	Oostrum
	FPC 2landen	Utrecht
Niet-justitiële particuliere instellingen	FPC Arkin (Inforsa)	Amsterdam
	FPC GGZ Drenthe	Assen
	FPC De Beuken	Boschoord
	FPC De Woenselse Poort	Eindhoven

Op alle justitiële inrichtingen is de Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden (BVT) volledig van toepassing.<sup>19</sup> Alle instellingen staan onder toezicht van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGz) en de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt). De verschillen tussen de verschillende soorten klinieken hebben vooral betrekking op de sturingsbevoegdheden, de bekostiging, de verantwoording (planning & control) en de rechtspositie van het personeel.

Met de rijksinstellingen, die vallen onder de Dienst Justitiële Instellingen (DJI) van het ministerie, heeft de minister een directe hiërarchische relatie. Hij vormt, in de terminologie van de BVT, het “opperbeheer” van de rijksinrichtingen. Bij de private instellingen zijn de mogelijkheden tot ingrijpen beperkt<sup>20</sup>. Overigens vormt het FPC Van Mesdag hierop, zo zal blijken uit hoofdstuk 5, binnen de groep private tbs-klinieken, een uitzondering, onder meer doordat statutair is vastgelegd dat de minister het FPC een schriftelijke aanwijzing kan geven indien naar zijn mening de BVT niet voldoende wordt nageleefd.<sup>21</sup>

Voor wat betreft de bekostiging heeft het ministerie in de huidige situatie een subsidierelatie met de justitiële particuliere inrichtingen, op basis van verpleegovereenkomsten (artt. 73 en 74 BVT). De rijksklinieken maken deel uit van de begroting van DJI.

<sup>18</sup> In het overzicht zijn alle instellingen betiteld als FPC. Sinds 2010 rubriceert DJI de Forensisch Psychiatrische Klinieken waarin ook behandeling plaatsvindt van tbs-gestelden onder de FPCs.

<sup>19</sup> Bij de niet-justitiële inrichtingen geldt de BVT alleen waar het de externe rechtspositie van tbs-gestelden betreft.

<sup>20</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 398, nr. 3.

<sup>21</sup> Ook in de statuten van de andere particuliere klinieken zijn bevoegdheden voor de minister opgenomen, maar die beperken zich tot toestemming van de minister voor statutenwijziging. Alleen de Pompe-kliniek kent enkele bepalingen die ook in de statuten van het FPC Van Mesdag zijn opgenomen (m.b.t. toestemming voor verkrijging, vervreemding en bezwaring van registergoederen).

Verder zijn er verschillende verantwoordingsregimes voor de rijksklinieken, de justitiële particuliere klinieken en de niet-justitiële instellingen. Alle instellingen leggen verantwoording af aan DJI, maar ze kennen verschillende verantwoordingshandleidingen. In de handleidingen, die jaarlijks worden geactualiseerd, staat beschreven welke rapportages de FPCs verplicht moeten opleveren (jaarplan, inclusief begroting, viermaandsrapportages, jaarverslag). In de documenten dient ook steeds informatie te worden opgenomen over de prestatie-indicatoren zoals DJI die hanteert. Voor 2011 gaat het om 13 forensische prestatie-indicatoren.<sup>22</sup> Daarbij zijn recent nog de (11) zorginhoudelijke indicatoren gekomen uit “Zichtbare Zorg” die voor de gehele (forensische) zorgsector (gaan) gelden. De handleidingen voor de rijks- en particuliere klinieken lijken op elkaar, maar de rijksinstellingen moeten over meer zaken verantwoording afleggen dan de particuliere klinieken.<sup>23</sup> Dat heeft mogelijk te maken met het feit dat de particuliere klinieken, anders de rijksklinieken, een eigen *corporate governance* structuur kennen (met bijvoorbeeld een raad van toezicht) waarin het afleggen van verantwoording is ingebed.

Een ander belangrijk verschil betreft de samenwerkingsmogelijkheden. Vrijwel alle FPCs maken deel uit van samenwerkingsverbanden met de GGZ-sector, maar voor de rijksklinieken geldt dat zij, als onderdeel van DJI, nooit deel uit kunnen maken van een *holding* of fuseren met een private instelling.

Daarnaast zijn er uiteraard verschillen tussen de particuliere instellingen en de rijksinstellingen met betrekking tot bijvoorbeeld de rechtspositie van het personeel (ambtenarenstatus bij rijksklinieken) en het eigendom van bijvoorbeeld gebouwen (berust bij de Rijksgebouwendienst bij de rijksklinieken).

In de nieuwe Wet Forensische Zorg (Wfz) blijft het onderscheid tussen rijksinstellingen en private instellingen gehandhaafd. Rijksinstellingen zullen als forensische zorgaanbieder worden aangewezen door middel van een aanwijzingsbesluit. Een aantal private instellingen zal door de minister in het bijzonder worden aangewezen als instelling voor de verpleging en behandeling van tbs-gestelden (tbs-instellingen). Voor beide soorten instellingen zal de BVT van toepassing blijven, maar uit de BVT worden de bepalingen omtrent beheer en (over)plaatsing geschrapt. De Wfz voorziet als organisatiewet voor de gehele forensische zorg in eenduidige regelgeving omtrent de sturingsbevoegdheden, bekostiging en verantwoording; de BVT zal zich vooral richten op de rechtspositie van de tbs-gestelde.

### 2.3 Plaatsing

Een belangrijk onderdeel van de relatie tussen ministerie en instellingen is de plaatsing van tbs-gestelden.

---

<sup>22</sup> Bezettingsgraad, ontvluchtingen, overige onttrekkingen, geweldsincidenten onderling, geweldsincidenten tegen personeel, gegronde klachten, gemiddelde behandelduur, financieel jaarresultaat, instroom, doorstroom, uitstroom, bijzondere voorvallen en recidives tijdens de uitvoering van de tbs-maatregel.

<sup>23</sup> Ter illustratie: de omvang van de handleiding voor de rijksinrichtingen is twee maal die van de handleiding voor particuliere instellingen.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

In navolging van de aanbevelingen van IBO-II is in september 1999 overgegaan op vereenvoudigde, aselecte, plaatsing. Vóór 1999 vond plaatsing en indicatiestelling plaats op basis van klinische observatie door het toenmalige Meijers Instituut in Utrecht. Bij de plaatsing werd rekening gehouden met kenmerken van de tbs-gestelden en met de uiteenlopende specialisaties, populaties en behandelwijzen van de FPC's. Vanaf september 1999 wordt uitsluitend gelet op de aanwezigheid van psychotische stoornissen, verstandelijke beperkingen, geslacht en eventuele handicaps zoals doofheid. Doordat de plaatsing aselect is, is de status van het FPC (particuliere of rijkskliniek) voor de plaatsing dus niet relevant. FPC's hebben –op basis van de BVT – een opnameplicht en dienen in beginsel elke tbs-gestelde te kunnen behandelen. De afdeling Individuele tbs-zaken (ITZ) van de Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie voerde de aselecte plaatsing uit; vanaf 2008 ligt deze taak bij de afdeling plaatsing van de Directie Forensische Zorg. Als onderdeel van het verbetertraject Tbs terecht werden bovendien vanaf 2001 verbeteringen doorgevoerd in de regelingen omtrent plaatsing en overplaatsing en de uitvoering daarvan.

De gedachte achter de introductie van de aselecte plaatsingssystematiek was dat op die manier alle FPC's een vergelijkbare populatie zouden krijgen waardoor een betere vergelijking en daarmee (financiële) normering van de FPC's mogelijk zou worden. Volledige aselecte plaatsing bleek in de praktijk echter niet haalbaar doordat ook het nieuwe systeem enige selectiviteit kent (op de eerder genoemde kenmerken van psychotische stoornissen, verstandelijke beperkingen, geslacht en handicaps). Verder geldt dat drie tbs-klinieken (het FPC Van Mesdag, het FPC Kijvelanden en het FPC Veldzicht) zijn toegerust om patiënten met een speciale status (de EVBG-status: extreem vlucht- en beheersgevaarlijk) op te nemen. Ook hadden capaciteitsproblemen en onderlinge ruilingen (in verband met tweede behandelopingen of op sociale gronden gelet op regionale herkomst van de tbs-gestelde) een negatieve invloed op de aselectiviteit.

De commissie-Houtman (2005) en de commissie-Visser (2006) stelden voor af te stappen van de aselecte plaatsing met het oog op het bij Justitie realiseren van de centrale inkoopfunctie van forensische zorg. Aselecte plaatsing staat immers op gespannen voet met een vraaggericht stelsel, waarin ingekocht wordt op basis van onafhankelijke en individuele indicatiestelling. De nieuwe Wfz beoogt vooral stroomlijning en uniformering van de plaatsingsprocedures (in het brede veld van de forensische psychiatrie) en gaat uit van koppeling van indicatiestelling en plaatsing, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten op de zorgvraag. Plaatsing wordt integraal onderdeel van de verantwoordelijkheid van het ministerie als zorginkoper. Voor de plaatsing in een instelling geldt dat deze zonnodig met een opnameplicht (met boetebepaling) kan worden afgedwongen. Dat is overigens ook zo op grond van de huidige BVT (art. 11), maar die kent geen boetebepaling. Klinieken kunnen plaatsing alleen afwijzen op grond van contra-indicaties zoals het reeds verplegen van een mededader of wanneer een familielid van de patiënt werkzaam is in de betreffende kliniek.

## 2.4 Bekostiging

Het IBO-I beval het systematische registreren van gegevens ten behoeve van onderlinge vergelijkbaarheid van forensische instellingen aan, met het oog op de ontwikkeling van toekomstige bekostigingsnormering. Deze aanbeveling werd op dat moment niet of nauwelijks in de praktijk gebracht.

In het kabinetsstandpunt naar aanleiding van IBO-II werd desalniettemin de – intensieve intramurale – behandelduur genormeerd op zes jaar (twee termijnen van drie jaar bij overplaatsen naar een ander FPC). In eerste instantie komen er vanaf 1 januari 2000 vier tarieven per verpleegdagen voor verschillende soorten tbs-plaatsen: a. resocialisatie, b. behandeling, c. longstay-basis en d. longstay-intensief. De kostprijzen werden vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Per 1 januari 2002 is dit omgezet in twee basistarieven: één doorstroomtarief voor behandelplaatsen en één verblijftarief voor verblijfsplaatsen (waaronder zogenaamde longstay<sup>24</sup>). Het Beleidskader Longstay van 2005 maakt vervolgens weer onderscheid naar een longstay-intensief tarief en een longstay-basis tarief.

In 2002 is de basiscapaciteit van FPC's bevroren. Het ministerie van Justitie heeft, naast deze bevroren capaciteit, vervolgens enkele tenders uitgezet ten behoeve van tijdelijke capaciteitsuitbreiding (in totaal ruim 700 plaatsen). Daarbij verschilden de afspraken op prijs en volume tussen de toegekende tenderaanbiedingen. Van de zesjarige tenders lopen er nog twee (tender-III loopt tot 1 januari 2013 en tender-IV tot 1 januari 2016, in totaal 510 plaatsen). Door deze tenders is er enige marktwerking geïntroduceerd in de sector. Waar bij de eerste tender vooral naar de prijs werd gekeken, is kwaliteit bij de latere tenders een steeds belangrijkere rol gaan spelen.

De commissie-Visser stelde dat tbs-klinieken niet per plaats zouden moeten worden bekostigd maar per behandeling. Als uitvloeisel daarvan werden de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) nader uitgewerkt voor de forensische zorg en werd het element beveiliging toegevoegd (DBBC's). Een DBBC is opgebouwd uit verschillende componenten, zoals behandeling of verblijf en beveiliging, en bestaat uit een beschrijving van alle verrichtingen binnen een bepaalde setting waaraan een tarief wordt gekoppeld. Sinds 2008 zijn de door Justitie gecontracteerde zorgaanbieders verplicht hun zorg te registreren in DBBC-termen. Voor 2011 wordt voor het eerst ingekocht en gefinancierd op basis van DBBC's, zij het dat er gekozen is voor een vangnet in de overgangssituatie, waarbij de

---

<sup>24</sup> Het eerste Beleidskader Longstay dateert uit 1998 en richt zich op tbs-ers voor wie een terugkeer naar de maatschappij vanwege blijvende delictgevaarlijkheid niet haalbaar is. De gedachte was dat schaarse behandelplaatsen vrij zouden komen voor tbs-gestelden mét behandelperspectief en dat de kosten voor longstay-tbs-gestelden (voor wie geen intensieve behandeling meer nodig is, maar 'slechts' zorg en beveiliging) omlaag zouden kunnen. Middels het in 2005 aangescherpte Beleidskader Longstay wordt longstay-capaciteit landelijk uitgebreid naar 200 plaatsen (ongeveer 10% van de totale tbs-capaciteit).

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

afrekening eind 2011 nog plaatsvindt op basis van de huidige financieringssysteem (DJI, 2010).

Per 1 januari 2007 zijn de middelen voor forensische zorg in het strafrechtelijk kader ondergebracht op de begroting van het ministerie van Justitie, door overheveling van AWBZ-gelden. Tot en met 2006 kwam 80% van de middelen voor de tbs-klinieken uit het AFBZ (deze behandelcomponent werd gedeclareerd door Justitie bij dit fonds) en voorzag Justitie zelf rechtsreeks in de beveiligingscomponent (20%). Met de overheveling heeft Justitie de rol zorginkoper op zich genomen, al geldt voor de "inkoop" van tbs-capaciteit bij de particuliere klinieken dat die nu nog op de oude wijze plaatsvindt (via subsidieverstrekking). Eerst met de invoering van de Wfz zal definitief sprake zijn van inkoopcontracten (op basis van DBBC's). Het belangrijkste verschil voor de justitiële particuliere FPCs als gevolg van de invoering van deze systematiek is dat de dan inkoop niet meer plaatsvindt via de subsidierelatie tussen FPC en DJI (op basis van verpleegovereenkomsten) maar via inkoopcontracten. Bestaande tenderafspraken zullen worden omgezet in inkoopcontracten op basis van DBBC's met dezelfde meerjarige looptijd als de tenders.

### 2.5 Verzelfstandiging

Het IBO-I (uit 1995) beval (onderzoek naar de mogelijkheid van) privatisering aan van de rijksinstellingen Veldzicht, Van Mesdag en FlevoFuture (de huidige Oostvaarderskliniek). Als voordelen van privatisering werden genoemd: vergroting van de flexibiliteit, het stimuleren van de ondernemingsgeest en het terugbrengen van verschillen in de uitgangspositie van de verschillende instellingen. Het toenmalige kabinet wilde echter geen verdere privatisering want het wenste de volle verantwoordelijkheid te houden voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Het proces van verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag werd echter in 2000 wel in gang gezet, vanwege de specifieke organisatorisch-bestuurlijke problemen bij deze kliniek.

Het standpunt dat verdere verzelfstandiging niet aan de orde is, is door latere kabinetten overgenomen. In de memorie van toelichting op het voorstel voor de Wfz<sup>25</sup> staat de volgende passage: *"Naast de private instellingen zullen een tweetal rijksinstellingen onder het beheer van de Minister van Justitie gehandhaafd blijven. De Minister van Justitie dient, om zijn ministeriële verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel en de beveiliging van de samenleving te kunnen waarmaken, de beschikking te hebben over direct door hem aan te sturen rijksinstellingen, naast het door marktwerking gereguleerde stelsel. Gelet hierop vallen deze rijksinstellingen ook niet onder het wettelijke regime dat het zorgsysteem reguleert (met uitzondering van wetgeving die de kwaliteit en het toezicht op zorgverlening reguleert). Wel zal de Minister van Justitie bij zijn beheer handelen overeenkomstig deze regelgeving. Dit systeem zal worden geëvalueerd. Op basis daarvan zal worden bepaald of de Minister van Justitie ook in de verdere toekomst de rijksinstellingen*

---

<sup>25</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 398, nr. 3.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

*blijvend nodig heeft om zijn verantwoordelijkheid voor het stelsel van terbeschikkingstelling gestand te kunnen doen”.*

Het Regeerakkoord 2010 meldt ten aanzien van de tbs dat de aanwijzingsbevoegdheid van de bewindspersoon wordt vergroot. Deze passage moet worden gezien in het licht van de nieuwe Wfz en van enkele recente discussies tussen de verantwoordelijke bewindslieden, de Tweede Kamer<sup>26</sup> en de GGZ-sector over de institutionele bevoegdheden van VenJ bij tbs-instellingen. Daarbij gaat het niet zozeer om de bevoegdheid tot aanwijzing van instellingen als zorgaanbieders die vallen onder werking van de nieuwe Wfz (zie hieronder) op zich, maar om de mogelijkheid aanwijzingen te geven aan private instellingen indien die naar het oordeel van VenJ niet goed functioneren, om het eventueel overnemen van het beheer van instellingen en om bevoegdheden met betrekking tot de samenstelling van de raden van toezicht van FPCs. Deze bijzondere bevoegdheden worden in artikel 3.3 van de nieuwe Wfz toegekend aan de minister van VenJ om zijn ministeriële verantwoordelijkheid voor de tbs gestand te kunnen doen. De memorie van toelichting op de Wfz vermeld uitdrukkelijk dat deze bevoegdheden uitsluitend zijn toegekend met het oog op het waarmaken van deze verantwoordelijkheid en alleen kunnen worden uitgeoefend met dat doel. Als uitgangspunt voor de nieuwe regelgeving wordt expliciet verwezen naar de bevoegdheden zoals die op dit moment in de statuten van het verzelfstandigde FPC Van Mesdag zijn opgenomen en waarvan gedeelten ook nu al deel uitmaken van de statuten van enkele andere FPC's.<sup>27</sup>

De belangrijkste elementen uit artikel 3.3 van de nieuwe Wfz zijn als volgt:

- de minister is bevoegd tot het geven van een aanwijzing aan de raad van toezicht, dan wel het hoofd van de private instelling, indien de bij of krachtens de wet gestelde bepalingen met betrekking tot ter beschikking gestelden onvoldoende worden nageleefd;
- de minister kan het beheer van de private instelling overnemen en/of een bewindvoerder aanstellen, het hoofd van de private instelling schorsen dan wel het hoofd van de private instelling voordragen voor ontslag, indien de aanwijzing onvoldoende wordt nageleefd;
- de minister benoemt één van de leden van de raad van toezicht van de private instelling, die als bijzondere taak heeft om toezicht te houden op de naleving van de bij of krachtens de wet gestelde bepalingen met betrekking tot ter beschikking gestelden en daarover ruggespraak te kunnen houden;
- ten aanzien van het sluiten van overeenkomsten tot kopen, vervreemden of bezwaren van registergoederen door de private instelling is machtiging of toestemming van Onze Minister vereist;

---

<sup>26</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 29 452, nrs. 111 en 139.

<sup>27</sup> Interessant is dat de toenmalige staatssecretaris van Justitie in een algemeen overleg met de vaste commissie van Justitie op 11 april 2007 nog verklaarde dat de statuten van de Van Mesdag-kliniek en de bevoegdheden die daarin zijn vastgelegd niet automatisch de inhoud zouden worden van de toekomstige bevoegdheidswetgeving (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30 957, nr. 4).

- wijziging van de statuten, juridische fusie en/of splitsing van de private instelling geschiedt niet zonder voorafgaande toestemming van de minister.

Toezicht op de tbs-sector zal, net als in de huidige situatie, worden uitgeoefend door de Inspectie voor de sanctietoepassing (ISt) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGz), maar de feitelijke samenwerking tussen beide inspecties zal worden vergroot. De Nederlandse Zorgautoriteit krijgt een adviserende rol bij de inkoopfunctie.

## 2.6 Conclusies

Van 1995 (IBO-I) tot circa 2008 heeft de beleidsvorming in de tbs-sector vooral in het teken gestaan van de capaciteitsproblematiek en de daarmee samenhangende passantenproblematiek. In vijftien jaar tijd is de capaciteit aan tbs-plaatsen verdrievoudigd, maar aanvullende maatregelen bleven noodzakelijk om de druk op tbs-klinieken te beperken, gezien het grote aantal tbs-vonnissen en de stijgende gemiddelde verblijfsduur. Tbs met voorwaarden werd aantrekkelijker gemaakt als alternatief voor tbs met dwangverpleging. Een nieuw vereenvoudigd systeem van aselechte plaatsing werd ingevoerd. Er kwam een differentiatie in tarieven gebaseerd op een genormeerde maximale behandelingsduur van 6 jaar. Voorwaardelijke beëindiging van de tbs werd mogelijk en het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT) werd geïntroduceerd. Samenwerking tussen de tbs-sector en de GGZ-sector heeft – meer recent – geleid tot de introductie van verschillende nieuwe GGZ-voorzieningen voor forensische zorg.

In 2006, na het verschijnen van het rapport van de commissie-Visser, worden allerlei initiatieven, aanbevelingen en voornemens gebundeld en gestroomlijnd in het Plan van aanpak Terbeschikkingstelling en Vernieuwing Forensische Zorg in strafrechtelijk kader. Daardoor worden in relatief korte tijd en in onderlinge samenhang diverse maatregelen geïmplementeerd, maar wel binnen de bestaande wettelijke kaders. In 2010 verschijnt het voorstel voor de nieuwe Wfz dat voorziet in een stelselwijziging gebaseerd op centrale inkoop van forensische zorg door VenJ.

Voor het vervolg van dit onderzoek verdienen twee ontwikkelingen nadere vermelding. Ten eerste is sprake van een omslag met betrekking tot de capaciteitsproblematiek: van olopemde capaciteitsproblemen naar – op dit moment nog geringe – overcapaciteit. Ten tweede is duidelijk dat met de nieuwe Wfz de verschillen tussen particuliere en rijksinstellingen aanmerkelijk zullen verminderen. Interessant is daarbij dat de relatie tussen ministerie en de klinieken voor wat betreft de sturingsbevoegdheden van de minister zal worden geënt op de huidige (verzelfstandigde) situatie bij het FPC Van Mesdag.

### 3. Het FPC Van Mesdag tot de verzelfstandiging

In dit hoofdstuk besteden we allereerst kort aandacht aan de periode tot 1997 (paragraaf 3.1). Vervolgens (paragraaf 3.2) staan we stil bij de crisisperiode (1997-1999) waarin zich tal van incidenten voordeden, waaronder de ontsnapping van twee tbs-gestelden uit de kliniek, die symptomatisch bleken te zijn voor de grote bestuurlijk-organisatorische problemen waarmee de kliniek kampte. Aansluitend vond een grondige reorganisatie plaats (2000-2002) die in paragraaf 3.3 kort wordt beschreven. De periode tot en met de verzelfstandiging (2003-2008) wordt beschreven in paragraaf 3.4. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele conclusies (paragraaf 3.5).

#### 3.1 De Van Mesdagkliniek tot 1997

In de vooroorlogse periode werden psychiatrische patiënten ondergebracht in aparte inrichtingen. Psychiatrische patiënten die waren veroordeeld voor het plegen van delicten en toerekeningsvatbaar werden geacht, vielen (conform het in 1886 ingevoerde Wetboek van Strafrecht) echter volledig onder het reguliere systeem van strafgevangnissen. In 1928 werd in aanvulling hierop een nieuwe maatregel ingevoerd, de terbeschikkingstelling van de regering (tbr), bedoeld voor 'den toerekeningsvatbare psychopaath'. Met de tbr-regeling ontstond de mogelijkheid tot gecombineerde vonnissen van gevangenisstraf en tbr. Tbr-gestelden werden geplaatst in 'rijksasylen voor psychopaten', zoals het rijksasiel in Avereest (het huidige FPC Veldzicht). Al vlug bleek de tbr-stelling te voorzien in een grote behoefte. De beschikbare capaciteit bleef achter bij het aantal tbr-gestelden, waardoor binnen reguliere gevangnissen in opvang van tbr-gestelden moest worden voorzien.

Als gevolg daarvan werd in 1952 een deel van de strafgevangenis in Groningen omgevormd tot 'noodasiel voor psychopaten'. Uit deze periode dateert de speciale rol die de Van Mesdagkliniek volgens Anthonio tot op de dag van vandaag landelijk gezien inneemt: Groningen moest vooral de zwaarste en lastigste tbr-gestelden opnemen (Anthonio, 2006: 85). De strafgevangenis kende vanaf 1952 eerst een gemengde populatie (van 'gewone' gevangenen en tbr-gestelden), maar al snel vond de overgang plaats van gevangenis naar volledige tbr-instelling. Vanaf 1 januari 1962 verbleven er in de strafgevangenis van Groningen alleen nog maar tbr-gestelden (de overige gedetineerden werden overgebracht naar de strafinrichtingen in Veenhuizen). De inrichting wordt dan officieel aangewezen als rijksasiel voor psychopaten.

Met het nieuwe regime kwam er ook een nieuwe naam: het Rijksasiel Dr. S. van Mesdag, genoemd naar dr. Synco van Mesdag<sup>28</sup>. In de daaropvolgende decennia

---

<sup>28</sup> Synco van Mesdag (1869-1941) werkte vanaf 1905 als geneesheer in de Groninger strafgevangenis. Hij was één van de eerste artsen in Nederland die behandeling voorstond van gedetineerden met psychiatrische stoornissen (in plaats van louter opsluiting). In het verlengde daarvan beijverde hij zich voor deskundigheidsbevordering van medewerkers van tbr-instellingen. Zie verder Anthonio (2006: 83-85).



ontwikkelde de nieuwe inrichting nieuwe behandelingsmethoden, gebaseerd op het psychoanalytische model en vond in meer algemene zin een omslag plaats van 'bewaring' naar 'behandeling'. Tevens werd door middel van nieuwbouw voorzien in de voor behandeling noodzakelijke nieuwe faciliteiten en in uitbreiding van capaciteit. Ook werd het oude monumentale gevangenisgebouw<sup>29</sup> ingrijpend verbouwd. De totale capaciteit werd in de periode tot 1997 aanzienlijk opgevoerd, tot ca. 180 plaatsen.

### 3.2 De crisisperiode (1997-1999)

In oktober 1997 ontsnapten twee tbs-gestelden, via een luchtweg en het dak, uit de Van Mesdag-kliniek. De twee voortvluchtigen werden enkele weken later in België opgespoord, aangehouden en weer ingesloten. Eén van de ontsnapten (die overigens enige tijd later zelfmoord zou plegen) stond bekend als zeer vlucht- en delictgevaarlijk. Hij was eerder opgesloten in de Extra Beveiligde Inrichting (EBI) in Vught en werd – na een hongerstaking – ter observatie geplaatst in de Van Mesdagkliniek waarin hij in april 1997 definitief werd opgenomen. Het hoge niveau van beveiliging van de Mesdagkliniek (op de Very Intensive Care-afdeling aldaar) vormde de reden van plaatsing in de Van Mesdagkliniek in plaats van elders.<sup>30</sup>

Direct na deze spraakmakende ontsnapping barstte de bom (Anthonio, 2006: 98). De minister van Justitie gaf de Van Mesdagkliniek opdracht tot een intern onderzoek en gaf de Rijksrecherche opdracht tot een extern onderzoek. Op grond van de uitkomsten van beide onderzoeken concludeerde zij dat primair fouten en tekortkomingen in de organisatorische en personele sfeer debet waren aan de ontsnapping. Van dergelijke gebreken was niet eerder gebleken, maar wel was duidelijk dat de Van Mesdagkliniek een instelling was die in de betreffende periode onder grote druk stond ten gevolge van de te leveren inspanningen voor het realiseren van de vervangende en uitbreidingsnieuwbouw – binnen een gewoon doorfunctionerende behandelorganisatie – en het vervolgens open moeten houden en renoveren van de oudbouw. Er waren geen aanwijzingen – zo bleek uit het onderzoek van de Rijksrecherche – van betrokkenheid van het personeel van de Van Mesdagkliniek bij de ontsnapping.

Naast enkele korte termijnmaatregelen ter aanscherping van de beveiliging, werd de algemeen directeur van de Van Mesdagkliniek door de minister van Justitie opgedragen zorg te dragen voor een geïntegreerde aanpak van beveiliging en behandeling. Verder werd het driekoppige directorium (algemeen directeur, directeur behandelenzaken en directeur algemene zaken) versterkt met een externe adviseur. Het takenpakket van de directeur

---

<sup>29</sup> De Groninger strafgevangenis, ontworpen naar Duits en Frans voorbeeld door architect Metzelaar, kwam in 1884 gereed en is een zogenaamde vleugelgevangenis, met een centraal koepelgedeelte en twee hoge noord- en zuidvleugels. Zie uitgebreider over de verschillende nieuwbouwprojecten bij de Van Mesdagkliniek Siebering (2002).

<sup>30</sup> Staten-Generaal, vergaderjaar 1997-1998, 25 698, nr. 1.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

algemene zaken werd beperkt tot huisvestingstechnische zaken (in het bijzonder renovatie, onderhoud en beveiligingstechnische zaken).<sup>31</sup>

Met deze maatregelen was de kous echter niet af. Anthonio (2006: 98) stelt: "Ondanks het feit dat het gevaar was geweken, was deze ontsnapping de directe aanleiding voor medewerkers en patiënten om de gang van zaken in de organisatie publiekelijk aan de orde te stellen". Er kwamen meldingen van grensoverschrijdend gedrag van personeel, onder andere van intieme relaties tussen medewerksters en patiënten. De regionale pers ontving brieven van patiënten en personeelsleden waarin wantoestanden werden gemeld. In hetzelfde jaar (1997) vonden bovendien nog eens drie suicides plaats in de Van Mesdagkliniek. De directie raakte de regie over de organisatie volledig kwijt en de nieuw aangestelde externe adviseur (oorspronkelijk aangesteld ter ondersteuning van de Ondernemingsraad) kreeg al snel op allerlei niveaus een grote verantwoordelijkheid in de organisatie, een situatie waar niet iedereen blij mee was (Anthonio, 2006: 99). Maar ook hij slaagde er niet in een reorganisatie op gang te brengen en de structuur en cultuur van de Van Mesdagkliniek in overeenstemming te brengen met een nieuwe visie op behandeling en veiligheid.

Nadat zich ook in 1998 diverse incidenten voordeden die gepaard gingen met flinke nationale media-aandacht, doet de Rijksrecherche nader onderzoek naar mogelijke seksuele intimiteiten van patiënten met medewerksters van de Van Mesdagkliniek. De Rijksrecherche vond geen concrete bewijzen van strafbaar niet-integer gedrag, maar sprak wel van een zeer onprofessioneel en risicovol klimaat.<sup>32</sup> Dit is aanleiding voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg nader onderzoek te doen naar de gang van zaken in de Van Mesdagkliniek, door middel van enkele inspectiebezoeken in september 1999. Het rapport van de Inspectie schetst een verontrustend beeld van de kwaliteit van de zorg in de Van Mesdagkliniek. Op een aantal essentiële punten voldoet de kliniek niet aan de eisen inzake verantwoorde zorg zoals genoemd in de Kwaliteitswet zorginstellingen.<sup>33</sup>

- De organisatie is sterk gefragmenteerd met zowel tussen als binnen de divisies een 'eilandencultuur';
- Er is onderlinge onenigheid binnen de meerhoofdige directie;
- Er wordt onvoldoende in personeel geïnvesteerd op het gebied van functionerings- en beoordelingsgesprekken;
- Het personeel is met veel regels en zaken betreffende beroepshouding onbekend;
- Door het personeel worden de grenzen in relatie tot patiënten onvoldoende bewaakt;
- De groei gecombineerd met de aanpassing van de structuur en bezuinigingen is veel te snel gegaan;
- Er is een achterstand in het opstellen van de behandelplannen;
- Een integraal behandelprogramma ontbreekt;

<sup>31</sup> Staten-Generaal, vergaderjaar 1997-1998, 25 698, nr. 4. Zie ook Jaarverslag Van Mesdagkliniek 1997: 1.

<sup>32</sup> Rijksrecherche Openbaar Ministerie Leeuwarden (1999).

<sup>33</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg (1999).

- Onder verantwoordelijke behandelaars, psychiaters en psychologen is geen eenduidige visie betreffende het toestaan van verlof.

Intern blijkt de situatie al eerder aanleiding te zijn geweest tot het vertrek van de algemeen directeur (en zijn adviseur/waarnemend directielid). Het enig overgebleven directielid (de directeur individuele behandelingen) neemt de directietaken vervolgens waar. Nadat in oktober 1999 de ondernemingsraad het vertrouwen in de directie opzegt, hetgeen in de tijd vrijwel samenvalt met het openbaar worden van de conclusies uit het Inspectie-rapport (die in de media breed worden uitgemeten), kondigt de minister van Justitie eind oktober 1999 de komst van een interim-directeur aan, die medio november 1999 wordt benoemd. De voorzitter van de raad van bestuur van GGZ-Groningen wordt bereid gevonden – formeel – leiding te gaan geven aan de Van Mesdagkliniek.

De waarnemend directeur keert terug naar zijn oorspronkelijke taak (behandelingen), maar besluit eind december 1999 alsnog zijn functie neer te leggen.

In zijn toelichting op de bestuurlijke crisis bij de Van Mesdagkliniek, concludeert de minister dat het tot stand brengen van de capaciteitsuitbreiding, in combinatie met interne veranderingen gericht op een nieuwe aanpak van verpleging en behandeling, een te zware opgave is gebleken voor de leiding en het personeel van de Van Mesdagkliniek.<sup>34</sup> Overigens bleek dat niet alleen voor de Van Mesdagkliniek te gelden. Na de toezichtbezoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg<sup>35</sup>, in september 1999, aan de Van Mesdagkliniek, verzocht de minister van Justitie de Inspectie in 2000 negen justitiële TBS-klinieken te bezoeken (inclusief een follow-up bezoek aan de Van Mesdagkliniek) om op gelijke wijze de kwaliteit van de zorg in beeld te brengen. Slechts drie instellingen bleken in redelijke tot ruime mate aan de eisen voor verantwoorde zorg te voldoen. De Inspectie wees daarbij op de turbulente periode die tbs-instellingen doormaakten, waarbij in korte tijd de capaciteit fors moest worden uitgebreid en tevens de maatregelen uit IBO-II moesten worden geïmplementeerd (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2001).

### 3.3 De reorganisatie (2000-2002)

De door het ministerie benoemde interim-directeur beschouwde de Van Mesdagkliniek als een “kind met een waterhoofd”, dat wil zeggen een organisatie met te veel directieleden en managers (Anthonio, 2006: 136). Hij besloot tot opheffing van de divisiestructuur en tot het in gang zetten van een grootscheepse reorganisatie. Binnen de organisatie werd de functionele leiding neergelegd bij behandelverantwoordelijke gedragskundigen in plaats van

---

<sup>34</sup> Staten-Generaal, vergaderjaar 1999-2000, 24 587, nr. 43.

<sup>35</sup> De Inspectie voor de Gezondheidszorg is naast het toezicht op de reguliere gezondheidszorg ook belast met toezicht op de kwaliteit van de organisatie van de gezondheidszorg in justitiële inrichtingen. In de praktijk werd – tot medio 1999 – dit toezicht in belangrijke mate overgelaten aan de Geneeskundige Inspectie van het ministerie van Justitie zelf. Na opheffing van de Geneeskundige Inspectie kwam het toezicht op de zorg bij justitiële inrichtingen volledig bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg te liggen.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

managers. Hiermee werd voldaan aan een belangrijke aanbeveling van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Na het vertrek van de interim-directeur, ging in de zomer van 2000 de nieuwe directie aan de slag met de daadwerkelijke reorganisatie. Bij het zoeken naar nieuwe directieleden is in eerste instantie wel gekeken binnen het personeelsbestand van DJI, maar daar vond men geen geschikte kandidaat, aldus een respondent van het ministerie die indertijd bij dit proces betrokken was. Bij de raad van bestuur van GGZ Groningen bestond een voorkeur voor iemand die niet uit het gevangeniswezen afkomstig was.

Bij de reorganisatie werden alle medewerkers administratief uit hun functie ontheven. Voor 40 medewerkers werd extern ander werk gezocht, 90 medewerkers zochten zelf hun heil elders en de rest (circa 300 personeelsleden) werd herplaatst in de nieuwe organisatiestructuur (Anthonio, 2006: 140). Eind 2001 wordt de reorganisatie formeel afgerond. Het gevolg was een sterke vernieuwing (en deels verjonging) van de organisatie op het personele vlak.

Inhoudelijk komt het zwaartepunt voor de nieuwe organisatie te liggen bij behandeling, daar waar eerder – als gevolg van alle incidenten in de crisisperiode – beveiliging voorop stond. Eén van de belangrijkste interventies aan het begin van het veranderingstraject was dat beveiligingskwesaties terechtkwamen in de portefeuille van de behandeldirecteuren. Daarvoor bepaalde de beveiliging bijvoorbeeld of en hoelang er gesepareerd werd en werd separatie als “straf” gebruikt. Na de overheveling is het aantal separaties met een factor 10 afgenomen. Het aantal geweldsincidenten en het aantal recidives (tijdens de tbs) daalden en financieel ging de Van Mesdagkliniek het steeds beter doen (Anthonio, 2006). Illustratief is ook het voorbeeld dat in één van de interviews werd aangedragen door een lid van de raad van bestuur die in die periode werkzaam was in de Van Mesdagkliniek: vergaderingen van de kliniekcommissie (de huidige patiëntenraad) vonden vroeger plaats in het bijzijn van drie man beveiliging, maar ook daar is bij het begin van de reorganisatie een eind aan gemaakt.

Leidraad voor het veranderingsproces is de nieuwe missie van de Van Mesdagkliniek, die (als positioneringsstatement) werd vastgesteld in 2001<sup>36</sup> en sindsdien geen wijziging heeft ondergaan<sup>37</sup>: *Het FPC Van Mesdag is een groot forensisch psychiatrisch centrum te Groningen. Overtuigd van nut en noodzaak van tbs, heeft het de ambitie om vooraanstaand in dit veld te zijn en heeft het daartoe de kwaliteiten en mogelijkheden.* Het FPC Van Mesdag is:

- een psychiatrisch centrum: omdat de behandelcultuur er centraal staat;
- van omvang: circa 230 plaatsen en ongeveer 500 medewerkers. Die omvang maakt het mogelijk dat het FPC Van Mesdag zeer moeilijke patiënten kan behandelen;
- met trots en historie;

<sup>36</sup> Van Mesdagkliniek, Jaarverslag 2003, blz. 7.

<sup>37</sup> Missiedocument FPC Van Mesdag, [http://www.vanmesdag.nl/uploads/Mesdag\\_Missie%202009.pdf](http://www.vanmesdag.nl/uploads/Mesdag_Missie%202009.pdf) (geraadpleegd 14 febr. 2011).

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

- overtuigd van nut en noodzaak van tbs: delinquenten met een psychiatrische stoornis hebben recht op verpleging en behandeling;
- met expertise: door intensieve samenwerking binnen de zorgketen, door aandacht voor opleiding en onderzoek;
- met een maatschappelijke verantwoordelijkheid: gericht op veiligheid en op vermindering van het delict risico;
- met respect voor de forensisch psychiatrische patiënt.

Een essentieel onderdeel van de reorganisatie was de beoogde samenwerking met GGZ Groningen. Begin 2001 sloot het ministerie een overeenkomst met GGZ Groningen met als doel te komen tot een zelfstandige kliniek (particuliere stichting) binnen een samenwerkingsverband met de GGZ Groningen. Op tijdelijke basis – en vooruitlopend op de verzelfstandiging – werd de raad van bestuur van GGZ Groningen tevens raad van bestuur van de Van Mesdagkliniek. Het zou echter nog zeven jaar duren voordat de verzelfstandiging een feit was.

### 3.4 Naar verzelfstandiging (2003-2008)

De koerswijziging en reorganisatie hebben hun weerslag gehad op tal van terreinen. Dit blijkt bijvoorbeeld duidelijk uit het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg waarin de inspectie verslag doet van de algemeen-toezichtbezoeken aan de tbs-klinieken in 2003.<sup>38</sup> Ten aanzien van de Van Mesdagkliniek concludeert men dat in de achterliggende drie jaar een groot aantal essentiële verbeteringen is doorgevoerd en dat de kliniek de crisis die in 1999 ontstond, duidelijk te boven is gekomen. Op professionele wijze worden zowel de ontwikkeling van de organisatie als de ontwikkeling van de inhoud van de zorg aangepakt en verbeterd. De intensieve samenwerking en personele unie op het niveau van de Raad van Bestuur met de GGZ Groningen helpen dit proces te bevorderen en zijn voor het slagen van het proces essentieel gebleken, aldus de inspectie.

In april 2007 werd het FPC Van Mesdag HKZ-gecertificeerd (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). In november 2007, vlak voor de verzelfstandiging, bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg een follow-up bezoek aan het FPC Van Mesdag. De Inspectie vormde zich daarbij een oordeel over een drietal onderwerpen:

- kwaliteitsbeleid;
- psychiatrische en psychosociale behandeling;
- medische en farmaceutische zorg.

Ten aanzien van deze drie onderwerpen is de Inspectie voor tal van deelaspecten nagegaan of het FPC Van Mesdag beleid had ontwikkeld en in hoeverre men dat beleid operationeel had gemaakt. Vergeleken met andere FPC's scoorde het FPC Van Mesdag goed. Als enige

---

<sup>38</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003).

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

FPC had het het FPC Van Mesdag op alle relevante terreinen beleid ontwikkeld (een 100% score) en ook op mate van operationaliteit scoorde men bovengemiddeld.<sup>39</sup>

Tot eenzelfde positieve oordeel komt de Inspectie voor de Sanctietoepassing, die in mei 2009 het FPC Van Mesdag doorlichtte. Volgens de Inspectie heeft het FPC de afgelopen jaren doelgericht aanzienlijke en ingrijpende veranderingen doorgevoerd. Zo zijn er met name op organisatorisch terrein veel voorbereidende werkzaamheden geweest om de verzelfstandiging van een rijksinrichting tot een particuliere justitiële instelling mogelijk te maken. Van een kliniek waarin de veiligheid met name werd gezocht in beheers- en beveiligingsmaatregelen heeft zij zich ontwikkeld naar een organisatie waarin de patiënt en zijn behandeling steeds meer centraal zijn komen te staan. De uitvoering van de primaire processen is grotendeels op orde en de werkprocessen zijn doorgaans goed beschreven. De borging vraagt nog om aandacht, aldus de Inspectie.<sup>40</sup>

Hoewel er intern dus grote stappen voorwaarts zijn gezet, laat de verzelfstandiging lang op zich wachten. Zowel de leden van de raad van bestuur van Lentis als de ambtenaren die op het ministerie direct betrokken waren bij het verzelfstandigingstraject geven aan dat de vertraging deels is terug te voeren op ambtelijke weerstand en weerstand bij (gaande en komende) bewindslieden. De belangrijkste reden daarvoor, was dat men op de ministeries van Financiën en Binnenlandse Zaken anders was gaan denken over het nut van privatisering. Te vaak was in het verleden gebleken dat geplande voordelen niet werden gerealiseerd. Daarom was een aparte commissie in het leven geroepen die ieder verzoek om verzelfstandiging moest toetsen (het zgn. Bifi-team). Deze commissie nam haar taak buitengewoon serieus. Toen het verzoek om verzelfstandiging na een lange voorbereiding aan de Tweede Kamer werd voorgelegd bleken daar vrijwel geen bezwaren meer te bestaan.

Verder was er enige onduidelijkheid over de exacte relatie tussen het verzelfstandigde FPC en Lentis. Zou het FPC opgaan in Lentis of een zelfstandige eenheid naast Lentis zijn? Deze discussie liep parallel aan twee opties die commissie-Kosto in 2001 had geschetst voor de samenwerking tussen tbs-instellingen en de GGZ-sector (zie hoofdstuk 2): a. integratie van tbs-instellingen in de GGZ-sector en b. niet vrijblijvende samenwerking tussen tbs-sector en GGZ-sector. Volgens enkele nauw bij de verzelfstandiging betrokken ambtenaren zagen veel tbs-instellingen in een overgang naar de GGZ-sector een manier om zich te onttrekken aan de “micro-sturing” en “bemoeizucht” van Justitie. Ook het GGZ-Groningen zag graag dat de Van Mesdagkliniek onderdeel zou gaan uitmaken van een GGZ-divisie intensieve en langdurige psychiatrie. Het kabinet koos echter voor de tweede optie: niet vrijblijvende samenwerking, waarin de tbs-sector een afzonderlijk domein bleef. Voor het FPC Van Mesdag betekende dit dat het ministerie grote waarde hechtte aan het behoud van de

---

<sup>39</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008, 2009).

<sup>40</sup> Inspectie voor de Sanctietoepassing (2009).

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

zelfstandige status van het FPC, om op die manier de tbs-behandeling als aparte entiteit vorm te kunnen blijven geven en om ervan verzekerd te zijn dat het geld voor die behandeling binnen de tbs-instelling zou blijven.

Een andere belangrijke reden voor de vertraging van de daadwerkelijke verzelfstandiging lag in de procedure die de ondernemingsraad van de Mesdagkliniek (en de groepsondernemingsraad TBS van DJI) aanspanden tegen de Staat der Nederlanden. De ondernemingsraden stelden zich op het standpunt dat het formele besluit tot verzelfstandiging (genomen in 2005) niet genomen had mogen worden zonder advisering door de ondernemingsraden gelet op de personele gevolgen (het verlies van de ambtenarenstatus). De ondernemingskamer in Amsterdam volgde de ondernemingsraden hierin en verplichtte in november 2005 de Staat het besluit tot verzelfstandiging in te trekken. In beroep in cassatie vernietigde de Hoge Raad in februari 2007 die beschikking van de ondernemingskamer.<sup>41</sup>

In maart 2007 heeft de ondernemingsraad aan de Tweede Kamer laten weten een aantal bezwaren te hebben tegen de verzelfstandiging en de argumenten voor een verzelfstandiging niet sterk genoeg te vinden om die beslissing te rechtvaardigen. De staatssecretaris van Justitie laat de Kamer weten vast te houden aan haar voornemen tot verzelfstandiging. Het niet laten doorgaan van de verzelfstandiging zal waarschijnlijk een negatief effect hebben op de samenwerkingsrelatie tussen de Van Mesdagkliniek en Lentis. Volgens haar valt te vrezen dat de in het perspectief van de verzelfstandiging geboekte resultaten verloren gaan.<sup>42</sup> Op 23 mei 2007 ging de Tweede Kamer akkoord met de verzelfstandiging (alleen de SP stemde tegen). Op 25 mei 2007 legde de bestuurder van het FPC Van Mesdag adviesaanvragen voor aan de ondernemingsraad over het verdere verzelfstandigingstraject, inclusief het sociaal plan. De ondernemingsraad van het FPC Van Mesdag besloot in augustus 2007 geen bezwaar aan te tekenen tegen de plannen. Per 1 januari 2008 is de verzelfstandiging een feit.

Het FPC Van Mesdag is dan een zelfstandig functionerende stichting binnen het grotere geheel van de GGZ-instelling Lentis. Lentis kent vijf zorggroepen, waarvan Forint er één is. De zorggroep Forint richt zich op mensen die complexe en vaak langdurige psychiatrische problemen hebben en als gevolg daarvan delictgedrag of ander grensoverschrijdend gedrag vertonen of dreigen te vertonen, dat overlastgevend of bedreigend is voor de directe omgeving en samenleving. Binnen Forint functioneren drie zelfstandige rechtspersonen die gezamenlijk een geïntegreerde keten vormen: het FPC Van Mesdag, IZZ/FPA (Intensieve Zorg Zuidlaren/Forensisch Psychiatrische Afdeling) van Lentis, en de AFPN (Ambulante Forensische Psychiatrie Noord Nederland, Groningen).

---

<sup>41</sup> LJN AZ1647, Hoge Raad, R06/025 HR.

<sup>42</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30 957, nr. 2.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

De vijf zorggroepen binnen het Lentis-concern worden bestuurd door de raad van bestuur die onder toezicht staat van de raad van toezicht. Alle zorggroepen bij Lentis kennen een duaal management, dat wil zeggen een directeur algemene zaken en een directeur behandelzaken.

In de (slotverklaring van de) statuten van de stichting FPC Van Mesdag zijn de “eerste” leden van de raad van bestuur (bestaand uit twee personen) en van de raad van toezicht (bestaand uit vijf personen) reeds benoemd. Het gaat hier om dezelfde personen die de raden van bestuur en toezicht van Lentis vormen.<sup>43</sup> De tweekoppige directie van Forint is tevens de directie van het FPC Van Mesdag (personele unie). Het FPC Van Mesdag is echter geen onderdeel van de bestuursstichting van Lentis. Er is een mandaatovereenkomst van de raad van bestuur met de directie van het FPC Van Mesdag waardoor de zeggenschap over de dagelijkse gang van zaken is neergelegd bij de directie van het FPC (o.a. tekenbevoegdheid). Door deze mandaatovereenkomst staat de raad van bestuur op een behoorlijke afstand van het FPC Van Mesdag, aldus de algemeen directeur van het FPC Van Mesdag. Al met al is volgens de geïnterviewde leden van de raad van bestuur van Lentis een redelijk werkbaar integratiemodel gevonden waarin ook recht wordt gedaan aan de toezichtsrol van Justitie en van de raad van toezicht van Mesdag/Lentis.

Zie voor de inrichting van het FPC Van Mesdag verder het organigram in bijlage 2.

**Forint**  
*FPC Dr. S. van Mesdag*  
*Intensieve Zorg Zuidlaren*  
*Ambulante Forensische Psychiatrie Noord Nederland*



Met ingang van 2008 heeft het FPC Van Mesdag de huisstijl overgenomen van Lentis/Forint, en is ook duidelijk dat IZZ/FPA, AFPN en het FPC Van Mesdag gezamenlijk deel uitmaken van Forint. Dat neemt niet weg dat het FPC Van Mesdag bewust als zelfstandige entiteit wordt gepositioneerd, bijvoorbeeld met een eigen website. Verder hebben de leden van de raden van bestuur en toezicht als stelregel dat overleg over het FPC Van Mesdag steevast in Groningen (en niet in Zuidlaren) plaatsvindt. Volgens de geïnterviewde leden van de raad van bestuur van Lentis is ook bewust een aantal faciliteiten die gecombineerd hadden

---

<sup>43</sup> Inmiddels is één lid van de raad van toezicht van de stichting géén lid meer van de raad van toezicht van Lentis, vanwege het daar bereiken van de maximale zittingsperiode.



kunnen worden met die in Zuidlaren (zoals technische en civiele diensten) afzonderlijk beschikbaar gehouden in Groningen. Uitgangspunt is dat beide partijen beter moeten worden van de samenwerking, aldus het hoofd business control van het FPC Van Mesdag.

### **3.5 Conclusies**

De verzelfstandiging in 2008 vindt plaats nadat een ingrijpend veranderingsproces op gang is gebracht binnen het FPC Van Mesdag. Daarbij is in relatief korte tijd de instelling omgevormd van een kliniek waar van alles mis was tot een FPC dat (blijkens de rapporten van de Inspectie voor de Sanctietoepassing en de Inspectie voor de Gezondheidszorg) op alle terreinen bovengemiddeld scoort. De verzelfstandiging brengt geen majeure wijzigingen aan in de positie van het FPC Van Mesdag binnen Lentis, deels omdat het FPC expliciet als zelfstandige eenheid wordt gepositioneerd, deels omdat de feitelijke bestuurlijke inbedding in Lentis met de verzelfstandiging “slechts” wordt geformaliseerd.

Daarmee is niet gezegd dat de verzelfstandiging niets om het lijf zou hebben gehad. In de nu volgende hoofdstukken wordt gezien welke effecten de verzelfstandiging heeft gehad op een drietal terreinen:

- behandelkwaliteit en samenwerking in de forensische zorgketen (hoofdstuk 4);
- bestuur en toezicht (hoofdstuk 5);
- bedrijfsvoering (hoofdstuk 6).

## 4. Behandelkwaliteit en samenwerking in de forensische zorgketen

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan enkele aspecten van behandelkwaliteit en ketensamenwerking:

- capaciteit, in-, door- en uitstroom en samenwerking in de keten (paragraaf 4.1);
- integratie van zorg en beveiliging (paragraaf 4.2);
- behandelkwaliteit (paragraaf 4.3);
- onderzoek (paragraaf 4.4).

Net als in de hierna volgende hoofdstukken 5 en 6 staan in dit hoofdstuk vooral de resultaten van de gehouden interviews centraal. Daarnaast worden enkele kwantitatieve gegevens gepresenteerd.<sup>44</sup>

### 4.1 Capaciteit, in-, door- en uitstroom en samenwerking in de keten

#### 4.1.1 Interviewresultaten

Door de geïnterviewden is vooral ingegaan op de door- en uitstroom. Volgens de algemeen directeur van het FPC Van Mesdag komt de doorstroom vanuit het FPC recent goed op gang en er ontstaat nu langzamerhand een – regionaal – zorgcircuit. Ook de behandeldirecteur van het FPC Van Mesdag ziet vooruitgang in het aantal mensen met een transmuraal verlot. In het verleden waren dit er een à twee per jaar, nu zitten er een stuk of zes bij Lentis. Ook zijn er mensen geplaatst in een woonvoorziening. De doorstroom naar het langdurige zorgteam van de poli gaat ook veel beter en er gaan meer mensen naar de FPA.

Door verschillende respondenten wordt benadrukt dat de door- en uitstroom echter afhangen van tal van factoren, waardoor het lastig is om nu, in 2011, een eventueel verhoogde door- en uitstroom te koppelen aan de verzelfstandiging in 2008.

Ten eerste is door de behandeldirecteur van het FPC Van Mesdag en het hoofd beveiliging in de interviews gesteld dat de uitstroom mede afhankelijk is van hoe in het tbs-veld in algemene zin wordt aangekeken tegen beëindiging van tbs en proefverloven. Het systeem is volgens hen lange tijd verkrampt geweest, naar aanleiding van allerlei incidenten. Door betere risicotaxatie en betere beeldvorming ten aanzien van tbs-gestelden zijn er de laatste jaren weer meer transmurale en proefverloven, maar daar heeft de verzelfstandiging niets mee te maken gehad.

---

<sup>44</sup> De periode waarop de gegevens betrekking hebben verschilt naar gelang de betreffende bron. Voor de jaarverslagen van het FPC Van Mesdag geldt dat deze vanaf 2002 in een redelijk uniform *format* beschikbaar zijn. Voor de data uit het MITS geldt dat deze beschikbaar zijn gesteld vanaf 2004 en soms 2005.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Ten tweede wijst een respondent van VenJ er op dat doorstroom ook afhangt van de mogelijkheden die elders binnen de forensische zorg worden geboden. Ook in een situatie van vergaande samenwerking, zoals tussen het FPC Van Mesdag en Lentis, kost het veel energie en aandacht om lastige cliënten een plek te geven binnen de GGZ. De FPA van Lentis heeft een eigen leiding en het is *not done* binnen de GGZ dat een onderdeel rechtstreeks opdrachten krijgt van een raad van bestuur over de plaatsing van patiënten, laat staan dat ze die opdrachten dan uitvoert. De verbetering van de door- en uitstroom was nadrukkelijk één van de doelstellingen van de verzelfstandiging en er werd geprobeerd om daarop te sturen, maar dat bleek lastig. Voor een betere samenwerking tussen tbs-klinieken en GGZ moet volgens deze respondent lager in de organisaties het besef ontstaan dat een tbs-gestelde helemaal niet zo gevaarlijk meer is wanneer hij al ver in zijn behandeling is. Inmiddels is men daar volgens hem wel verder mee gekomen, maar in eerste instantie was zowel DJI als de raad van bestuur van het FPC/Lentis daar te naïef in. Ook een andere VenJ-respondent geeft aan dat de ontwikkeling van de doorstroom echt iets is wat op de lange termijn moet worden gezien. Daarbij is het ook nog zo dat we nu van een periode van schaarste naar een periode met overcapaciteit gaan, hetgeen het vergelijken van in-, door- en uitstroomcijfers in de tijd bemoeilijkt.

Ten derde, zo is gesteld door leden van de raad van bestuur van Lentis, vindt door- en uitstroom vanuit het FPC Van Mesdag landelijk plaats en niet noodzakelijkerwijs in de regio waar het FPC samenwerkt met de GGZ. Het FPC krijgt tbs-gestelden uit het hele land en ze stromen ook uit naar vervolgvoorzieningen in het hele land. De algemeen directeur van het FPC Van Mesdag geeft aan dat er dan ook in toenemende mate contracten worden aangegaan met andere GGZ-instellingen waar men transmurale patiënten plaatst, zoals de FPA's Heiloo en Altrecht. Zowel op instellingsniveau als op het niveau van de individuele patiënt worden er samenwerkingsovereenkomsten gesloten waarin verantwoordelijkheden helder zijn omschreven en tariefstelling is vastgelegd. Dat het FPC Van Mesdag dat nu zelfstandig kan doen, is wel een effect van de verzelfstandiging, zo stelt de behandeldirecteur van het FPC van Mesdag. Vanuit het ministerie van VenJ wordt dit standpunt niet door iedereen onderschreven. Eén VenJ-respondent stelt dat de samenwerkingsovereenkomsten voor de rijksklinieken inderdaad geringer zijn en de samenwerking veelal een vrijblijvender karakter heeft. Een andere VenJ-respondent stelt hier echter tegenover dat het maar de vraag is of een intensievere samenwerking met de GGZ-sector niet zou hebben gekund wanneer het FPC Van Mesdag een rijkskliniek zou zijn gebleven.<sup>45</sup>

Naast de doorstroom van patiënten binnen de zorgketen zijn er in de interviews nog andere voorbeelden van samenwerking in de keten genoemd, zoals in het kader van opleidingen (zie paragraaf 6.2.5). Uiteraard is er de samenwerking op directieniveau (de beide directeuren van het FPC Van Mesdag vormen ook de directie van Forint). Deze duo-constructie qua

---

<sup>45</sup> Zie over de samenwerkingsovereenkomsten van rijksklinieken ook hoofdstuk 8.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

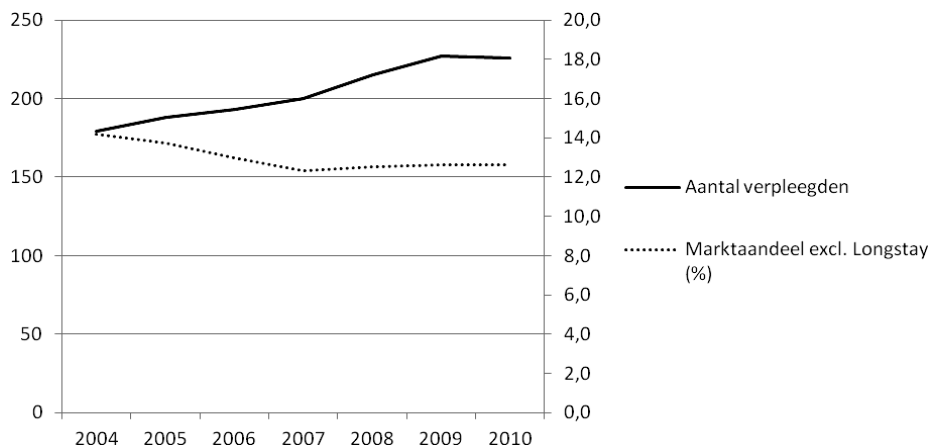
directie met Lentis/Forint werkt volgens de leden van de raad van toezicht prima. Ook is er sprake van samenwerking tussen de controllers van Lentis en het FPC Van Mesdag, met name met het oog op kennisuitwisseling over de financiering door Justitie, zo stelt de algemeen directeur van het FPC Van Mesdag. Verder wijst hij er op dat Forint met ingang van 1 januari 2011 gezamenlijke programmaleiders heeft aangesteld die zowel bij het FPC Van Mesdag als bij de andere onderdelen van Forint de taak hebben om kennis en doorstroom te vergroten, bijv. voor zedendelinquenten, mensen met autistisch spectrum stoornissen of psychotische patiënten. Dat had volgens hem niet gekund wanneer de Van Mesdag niet verzelfstandigd was. Onder de programmaleiders werken de behandelcoördinatoren die eindverantwoordelijk zijn voor de behandeling van individuele patiënten. Er worden nu gezamenlijke beleidsplannen opgesteld en er is volgens de algemeen directeur veel meer mogelijk dan in het verleden.

### 4.1.2 Kwantitatieve gegevens

In onderstaande tabel en grafiek wordt allereerst weergegeven hoe de **capaciteit** van het FPC Van Mesdag zich heeft ontwikkeld.

**Tabel en figuur 4.1** Aantal verpleegden Van Mesdag absoluut (linkeras) en marktaandeel (exclusief Longstay) in procenten (rechter as)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal verpleegden	179	188	193	200	215	227	226
Marktaandeel % (excl. longstay)	14,2	13,7	13,0	12,3	12,5	12,7	12,6



Bron: MITS (DJI)

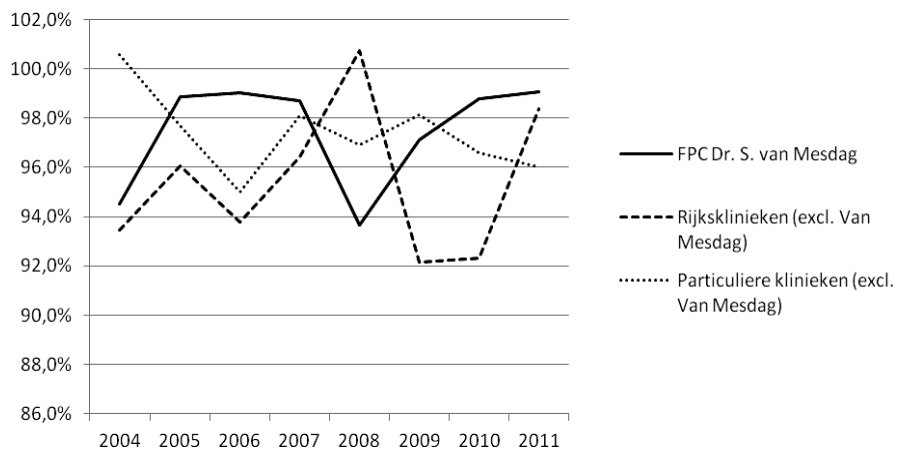
Het FPC Van Mesdag heeft sinds 2007 een stabiel marktaandeel in de tbs-sector. Het aantal verpleegden vertoont een flinke groei (die afvlakt in de meer recente jaren), maar dat is niet anders voor de overige FPC's.

### Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

De bezettingsgraad (daadwerkelijke bezetting afgezet tegen de beschikbare capaciteit, in de maand januari) schommelt nogal (ook dat geldt voor de overige FPC's) maar laat wel een duidelijke stijging zien sinds 2008.<sup>46</sup>

**Tabel en figuur 4.2.** Bezettingsgraad (daadwerkelijke bezetting t.o.v. beschikbare capaciteit) justitiële klinieken in januari-maanden

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FPC Van Mesdag	94,5%	98,9%	99,0%	98,7%	93,7%	97,1%	98,8%
Rijksklinieken	93,4%	96,1%	93,8%	96,4%	100,7%	92,2%	92,3%
Particuliere klinieken	100,6%	97,7%	95,0%	98,1%	96,9%	98,1%	96,6%



Bron: MITS (DJJ)

Overigens wijken de hier gebruikte cijfers over de bezettingsgraad (uit MITS) af van hetgeen door het FCP Van Mesdag zelf in haar jaarverslagen wordt gemeld aangezien daar wordt uitgegaan van de gemiddelde gerealiseerde bezettingsgraad over het hele jaar. Voor de volledigheid geven we hier ook de cijfers uit de jaarverslagen weer (tabel 4.3). Volgens deze opgave ligt de bezettingsgraad in recente jaren onder de 100%, hetgeen overeenkomt met de algemene ontwikkeling naar een situatie van overcapaciteit in de tbs-sector, zoals geschetst in hoofdstuk 2.

<sup>46</sup> Hierbij moet worden opgemerkt dat in de grafiek de grilligheid van het verloop van de bezettingsgraad flink wordt uitvergroot doordat op de verticale as begonnen is met de waarde 86%.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

**Tabel 4.3** Bezettingsgraad FPC Van Mesdag

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gerealiseerde bezettingsgraad (gemiddeld over het betreffende jaar) in %	99,8	101,3	100,2	100,6	101,3	102,1	99,1	97,6	98,8%

*Bron: Jaarverslagen FPC Van Mesdag 2002-2010*

Voor wat betreft de **instroom**, biedt tabel 4.4 inzicht in het aantal eerste opnames zoals die in de 2002-2010 hebben plaatsgevonden in het FPC Van Mesdag. Opvallend – in vergelijking met andere jaren – is het geringe aantal eerste opnames in 2007 en 2010. Overigens hanteerde DForZo in 2010 als regel dat geen toeleiding plaatsvond van nieuwe patiënten naar klinieken met een bezettingsgraad boven de 95% (de zogenaamde 95%-regel). Met het oog op de oplevering van de nieuwbouw in 2011 is die regel voor het FPC van Mesdag per 1 oktober 2010 opgeheven (Jaarverslag FPC Van Mesdag 2010, p. 8).

**Tabel 4.4** Instroom, voldoen aan eerste opnames FPC Van Mesdag

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
23	30	23	21	39	9	34	32	13

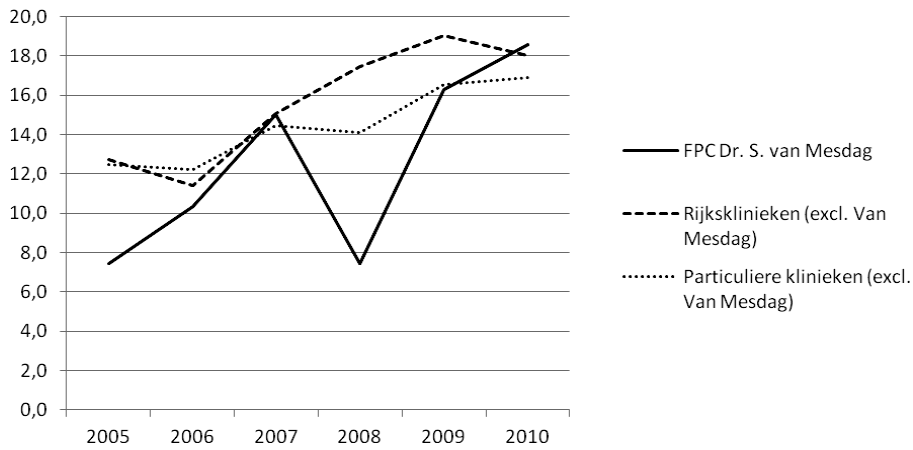
*Bron: Jaarverslagen FPC Van Mesdag 2002-2010*

Voor wat betreft de **doorstroom** is het van belang eerst te kijken naar verlofmarges en transmurale verloven. Onderstaande grafieken geven inzicht in de ontwikkeling van gestarte begeleide en onbegeleide verlofmarges en gestarte transmuraal verloven (steeds per 100 bezette plaatsen) bij het FPC Van Mesdag, vergeleken met de particuliere klinieken en de twee rijksklinieken.

Ten aanzien van het aantal gestarte begeleid verlofmarges (figuur 4.3) zijn er in de jaren 2006-2007 nauwelijks verschillen te onderkennen tussen de verschillende soorten klinieken. Bij de particuliere klinieken neemt het aantal gestarte begeleid verlofmarges daarna geleidelijk toe (met een geringe terugloop vanaf 2010). In 2008 ligt dit aantal voor het FPC Van Mesdag echter duidelijk lager. Dat geldt in mindere mate ook voor de twee rijksklinieken). In de jaren 2009 en 2010 groeien de verschillende soorten klinieken weer naar elkaar toe.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

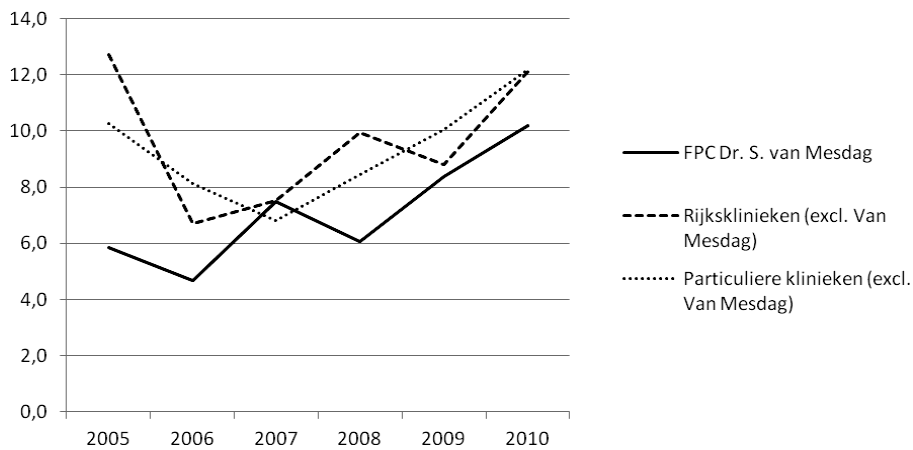
**Figuur 4.3** Gestarte begeleid verlofmarges per jaar, per 100 bezette plaatsen (excl. longstay)



Bron: MITS (DJI)

Iets soortgelijks vinden we terug bij de gestarte ongebeleid verlofmarges (figuur 4.4), waarbij een "dip" valt te zien in 2008 bij het FPC Van Mesdag (maar nu juist met in datzelfde jaar een "piek" bij de twee rijksklinieken). Verder convergeren in 2010 de aantallen voor de verschillende soorten klinieken.

**Figuur 4.4** Gestarte ongebeleid verlofmarges per jaar, per 100 bezette plaatsen (excl. longstay)

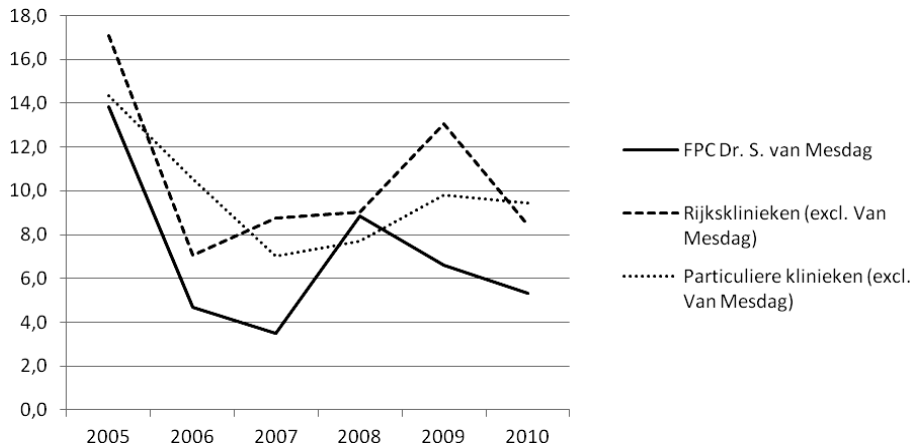


Bron: MITS (DJI)

Het aantal gestarte transmurale verlopen neemt bij het FPC Van Mesdag sinds 2008 af en iets soortgelijks zien we bij de overige klinieken vanaf 2009 (figuur 4.5).

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

**Figuur 4.5** Gestarte transmurale verloven per jaar, per 100 bezette plaatsen (excl. longstay)



Bron: MITS (DJI)

Al met al zijn er in recente jaren (2009 en met name 2010) nauwelijks verschillen in verlofmarges tussen de verschillende klinieken. Op basis van het bovenstaande is het niet mogelijk verdere conclusies te trekken over de ontwikkelingen met betrekking tot de doorstroom bij het FPC Van Mesdag, al dan niet in relatie tot de verzelfstandiging, in vergelijking met andere klinieken. Wel lijkt voor wat betreft de begeleid en onbegeleid verlofmarges 2008 (het jaar van de verzelfstandiging) een uitzonderlijk jaar te zijn geweest voor het FPC Van Mesdag.

In de jaarverslagen van het FPC Van Mesdag worden eveneens kwantitatieve gegevens over door- en uitstroom gepresenteerd, waarop de tabellen 4.5-4.8 zijn gebaseerd (daarbij gaat het om absolute aantallen per jaar en is niet gecorrigeerd voor verschillen in grootte van de populatie).

**Tabel 4.5** Doorstroom naar vervolgvoorziening Van Mesdag

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal patiënten in transmuraal project (eigen beheer)	19	23	10	7	3	1	9	7	8
Plaatsing in een GGZ-voorziening (FPA, APZ, RIBW) (waarvan in eigen Forint-keten, in %)	8	7	9	7	16	2	9	8	16
Overige bestemming	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	44%	38%	n.b.
Totaal	7	4	4	3	0	0	0	0	0
	34	34	23	17	19	3	18	15	24

Bron: Jaarverslagen FPC Van Mesdag 2002-2010



## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Opvallend is dat de doorstroom in de jaren 2002 en 2003 aanmerkelijk groter was dan in latere jaren.<sup>47</sup> Een groot deel van deze uitstroom vond plaats naar transmurale voorzieningen in eigen beheer van het FPC Van Mesdag. In de meer recente jaren (2008 en 2009) vindt uitstroom voor ongeveer de helft van de gevallen plaats naar een GGZ-voorziening, en daarbinnen voor ca. 40% in de eigen keten. Volgens de meest recente jaarverslagen (2008, p. 13 en 2009, p. 13) heeft het verzelfstandigingsproces bijgedragen aan de condities om plaatsing binnen de “eigen” GGZ-keten van Forint te realiseren.

Wanneer we, specifiek voor het FPC Van Mesdag, dat wil zeggen zonder een vergelijking te kunnen maken met andere klinieken, kijken naar de aard van de **uitstroom**, dan vallen de volgende zaken op:

- in 2006 vonden er – vergeleken met andere jaren – relatief veel overplaatsingen plaats (zie tabel 4.6);
- in 2008, 2009 en 2010 vond er – vergeleken met andere jaren – relatief veel uitstroom plaats in de vorm van voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel (zie tabel 4.7);
- ook het absolute aantal proefverloven nam in deze jaren toe, nadat er in de periode 2005-2007 een – met andere jaren vergeleken – relatief gering aantal proefverloven plaatsvond (zie tabel 4.8).

**Tabel 4.6** Overplaatsingen Van Mesdag

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Overplaatsing naar andere tbs-kliniek (inclusief FPK)*	19	22	11	17	38	10	10	19	17
Overplaatsing naar Justitievoorziening	0	1	1	7	5	1	0	0	0
Overige bestemming	7	0	0	0	0	2	0	0	0

Bron: Jaarverslagen FPC Van Mesdag 2002-2010

\*= betreft zowel ruilingen als herselecties

**Tabel 4.7** Uitstroom per vertrekategorie (exclusief proefverloven) Van Mesdag

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Beëindiging tbs cf. verlengingsadvies kliniek	3	6	5	1	2	3	3	3	11
Beëindiging tbs contrair verlengingsadvies kliniek	1	2	1	1	0	0	1	1	1
Voorwaardelijke beëindiging tbs-maatregel	1	5	4	5	4	2	10	7	11

Bron: Jaarverslagen FPC Van Mesdag 2002-2010

<sup>47</sup> De uitzonderlijk lage doorstroom in 2007 is terug te voeren op tijdelijke sluiting van enkele eigen transmurale voorzieningen wegens het niet voldoen aan brandveiligheidseisen.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

**Tabel 4.8** Proefverloven Van Mesdag

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal proefverloven gestart tijdens verslagperiode	5	7	12	2	3	2	10	7	7
Aantal proefverloven ingetrokken tijdens verslagperiode	2	1	5	3	1	0	0	0	2
Proefverloven die leidden tot (voorwaardelijk) einde tbs	0	1	3	3	2	2	7	8	11

Bron: Jaarverslagen FPC Van Mesdag 2002-2010

### 4.1.3 Conclusie

Uit de interviews komt naar voren dat binnen het FPC de indruk leeft dat samenwerking in de keten en doorstroom inmiddels op gang zijn gekomen. Die ontwikkeling wordt echter nauwelijks gestaafd door de kwantitatieve gegevens. We zien weliswaar dat er de laatste jaren relatief veel doorstroom binnen de eigen Lentis-keten plaatsvindt, maar de totale door- en uitstroom ligt in absolute aantallen lager dan in de periode 2002-2004. Bovendien geven verschillende respondenten (zowel van de zijde van het FPC zelf als van de zijde van het ministerie) aan dat het lastig is een eventueel verhoogde door- en uitstroom te koppelen aan de verzelfstandiging. Door het merendeel van de respondenten wordt wel gesteld dat de verzelfstandiging de samenwerkingsmogelijkheden heeft vergroot, maar blijkbaar hebben de ontstane samenwerkingsverbanden nog nauwelijks invloed op de daadwerkelijke door- en uitstroom. Het FPC Van Mesdag wijkt qua aantal begeleid en onbegeleid verlofmarges en aantal transmurale verloven niet af van de andere klinieken.

## 4.2 Integratie van zorg en beveiliging

### 4.2.1 Interviewresultaten

Zoals in hoofdstuk 3 beschreven is, heeft het FPC Van Mesdag vanaf 2000 een omslag gemaakt van een op beveiliging gerichte instelling naar een op behandeling gerichte zorginstelling.

Volgens de algemeen directeur van het FPC Van Mesdag is de beveiliging bij het FPC Van Mesdag anders georganiseerd dan bij andere tbs-instellingen. Onder de noemer "veilig behandelen" is de beveiliging in de behandeling geïntegreerd. Beveiligingsmedewerkers zijn niet meer medewerkers die rondlopen in een uniform, die hun rondes maken en vooral controlerend en beherend bezig zijn, maar medewerkers met gewone kleding die heel dicht tegen de sociotherapie aanzitten en die sociotherapeuten ondersteunen in moeilijke situaties.

Wat volgens hem ook anders is sinds de verzelfstandiging, is dat het FPC Van Mesdag voor een deel haar eigen transport regelt, bijvoorbeeld bij beveiligd verlof en bij ritten dichtbij. Dit wordt door de patiënten als prettiger ervaren dan transport door DV&O (Dienst

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Vervoer & Ondersteuning, een landelijke dienst van DJI). Verder maakt het FPC Van Mesdag deel uit van een plaatselijk veiligheidsoverleg en worden er veiligheidsoefeningen gedaan in samenwerking met lokale bedrijven. Dit is goedkoper en sluit beter aan bij de eigen situatie. Bij incidenten wordt heel stringent nagegaan wat er verkeerd is gelopen en wat daarvan geleerd kan worden.

Ook de andere respondenten van het FPC Van Mesdag schetsen dit beeld. Er is nu meer sprake van overreding van patiënten en minder van het gebruik van “spierballen”, aldus de manager PO&O van het FPC Van Mesdag. Volgens hem is ook in de opleidingen tegenwoordig veel meer aandacht voor mentale en fysieke weerbaarheid van medewerkers. Medewerkers van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging zijn nu ook inzetbaar op de afdelingen.

De leden van de raad van bestuur wijzen er op dat er ook fysiek van alles is veranderd in de Van Mesdagkliniek. Het aantal beveiligde deuren is fors afgenomen zodat binnen de kliniek een open situatie is gecreëerd (vanuit de kliniek naar de buitenwereld toe zijn er nog wel drie beveiligingssluizen). Naar analogie met het verkeer: in plaats van een systeem met “stoplichten” zijn er nu “rotondes”. De hele aankleding is veranderd (aankleding, kleurstelling, zelfgemaakt meubilair, kunstexposities).

De voorzitter van de patiëntenraad heeft de indruk dat de patiënten in het FPC Van Mesdag nu maximale vrijheden hebben; er is volgens hem geen andere kliniek waar de patiënten zoveel vrijheden hebben als in de Van Mesdag. Vroeger gold er een deurenbeleid; patiënten hadden een pasje en moesten soms aanbellen om door te worden gelaten naar andere ruimten. Dat is heel erg veranderd. Ook was het vroeger zo dat er vaste tijden waren waarop er gelucht werd, net zoals in een gevangenis. Nu kunnen patiënten tussen half 8 's ochtends en half 9 's avonds gewoon naar buiten. Verder was er vroeger een groot verschil tussen de patiënten van de oudbouw (mensen met een psychotische kwetsbaarheid) en patiënten van de nieuwbouw (mensen met persoonlijkheidsstoornissen, hoger in aanzien, sterker). Het was in het verleden beleid om deze groepen van elkaar te scheiden, nu is dat uitgangspunt losgelaten en komen beide groepen in het behandelhuis. Er is langzaam begonnen met een gezamenlijke kantine voor de oud- en nieuwbouw en met gezamenlijk wandelen. Vroeger gebeurde dat alles onder begeleiding, maar dat is nu van de baan.

De leden van de patiëntenraad houden volgens de voorzitter van deze raad “toezicht” op hun medepatiënten en dat loopt volgens hem goed. Ook het hoofd beveiliging geeft aan dat de individuele patiënt meer worden aangesproken op zijn gedrag. Hij is immers actief verantwoordelijk voor zijn behandeling. Het vrijhedenbeleid bijvoorbeeld is nu veel meer maatwerk dan voorheen. Een aantal jaren geleden werd veel meer gebruik gemaakt van collectieve maatregelen die iedereen troffen.

Verder geeft het hoofd beveiliging aan dat er door het FPC Van Mesdag werk wordt gemaakt van het imago van tbs-ers in de directe omgeving. Zo spelen er twee teams mee in de zaalvoetbalcompetitie (uiteraard spelen ze alleen thuiswedstrijden). Ook is er goed contact met de wijkvereniging.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

De vraag is natuurlijk in hoeverre de verzelfstandiging van invloed is geweest op deze ontwikkelingen. Sommige respondenten geven aan dat het gaat om een ontwikkeling die los moet worden gezien van de verzelfstandiging. Zowel de leden van de raad van toezicht als de leden van de ondernemingsraad stellen dat er langere tijd sprake is van een klein aantal incidenten, als gevolg van beleid dat al eerder was ingezet. Andere respondenten, zoals de algemeen directeur van het FPC Van Mesdag, benadrukken dat in de uitvoering van de gekozen lijn van veilig behandelen de verzelfstandiging wel degelijk invloed heeft gehad. De inzet van beveiligers in behandeltaken, het regelen van eigen vervoer zijn voorbeelden van zaken waarover het FPC Van Mesdag nu zelf kan beslissen. In de rijkssituatie werd er vooral vanuit een cultuur van beheersing en controle gewerkt terwijl het behandelingsperspectief leidend zou moeten zijn. Voor een particuliere instelling is het volgens hem gemakkelijker dit standpunt in te nemen, uit te dragen en in de praktijk te brengen dan voor een instelling die direct onder VenJ valt.

Een VenJ-respondent stelt dat naar zijn mening particuliere instellingen anders omgaan met bijvoorbeeld incidenten. In plaats van het probleem bij VenJ te leggen wordt het probleem geïnternaliseerd, omdat men zich meer verantwoordelijk voelt voor de eigen organisatie. Een andere VenJ-respondent meent echter dat er nauwelijks verschil is tussen rijksklinieken en particuliere klinieken als het gaat om de integratie van beveiliging en behandeling. Er wordt in de hele tbs-sector nu meer door een GGZ-bril gekeken en minder door een PI-bril.

### *4.2.2 Kwantitatieve gegevens*

Onderstaande tabel (tabel 4.9) geeft inzicht in de ontwikkeling van het aantal incidenten in de periode 2002-2009. Daarbij is niet gecorrigeerd voor de grootte van de populatie. Over de hele periode is het aantal incidenten redelijk stabiel; in 2010 kende het FPC Van Mesdag een relatief klein aantal incidenten.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

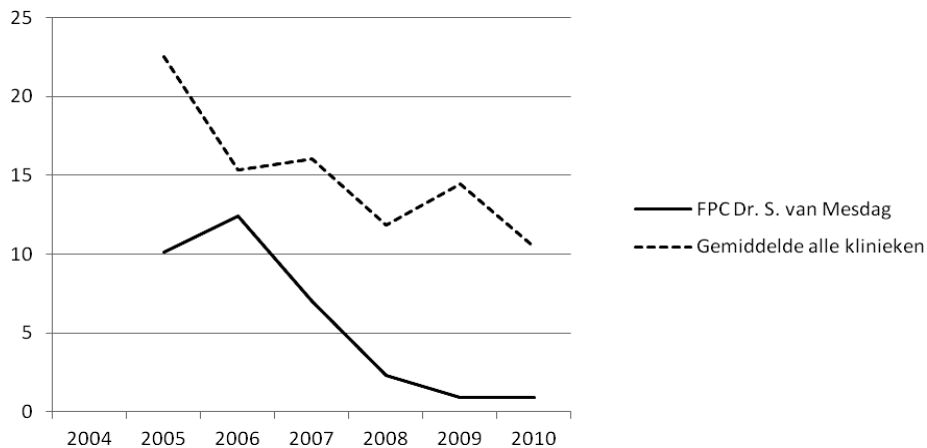
**Tabel 4.9** Aantal incidenten FPC Van Mesdag

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal ontvluchtingen	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Aantal onttrekkingen	6	5	6	2	1	3	1	2	3
Bijzondere voorvallen <sup>48</sup>	12	12	23	23	12	8	6	14	6
Aantal gegronde klachten patiënten	18	19	18	19	20	27	30	26	10
Aantal geweldplegingen tussen patiënten	11	8	4	6	4	2	7	3	3
Geweldplegingen tegen personeel	9	5	5	3	5	5	9	8	9
Aantal recidive tijdens tbs	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Totaal	56	49	56	53	42	45	54	58	32

Bron: Jaarverslagen FPC Van Mesdag 2002-2010

In vergelijking met de andere tbs-instellingen scoort het FPC Van Mesdag laag op het aantal ernstige ordeverstoringen/incidenten, zo blijkt uit figuur 4.6. Bij deze figuur (en bij figuren 4.7 en 4.8) moet uitdrukkelijk als kanttekening worden geplaatst dat er verschillen bestaan tussen instellingen in de registratiepraktijk van incidenten.

**Figuur 4.6** Ernstige ordeverstoring per kliniek (aantal incidenten per 100 patiënten)



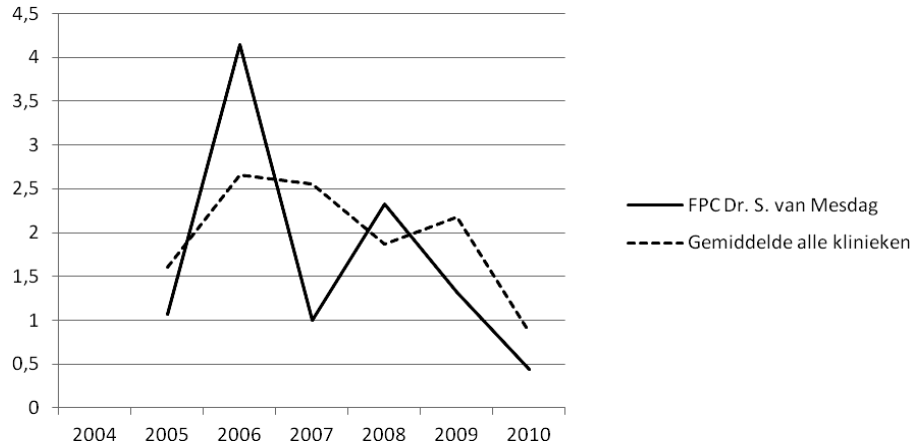
Bron: MITS (DJJ)

Wanneer we nader ingaan op geweldsincidenten (figuren 4.7 en 4.8), dan blijkt dat het FPC Van Mesdag ook op dat terrein iets beneden gemiddeld scoort.

<sup>48</sup> Bijzondere voorvallen zijn: natuurlijke dood, suïcide, overige onnatuurlijke dood, geweldsincidenten exclusief die tussen patiënten en tegen personeel, en incidenten van politiek gevoelige, publiciteitsgevoelige aard.

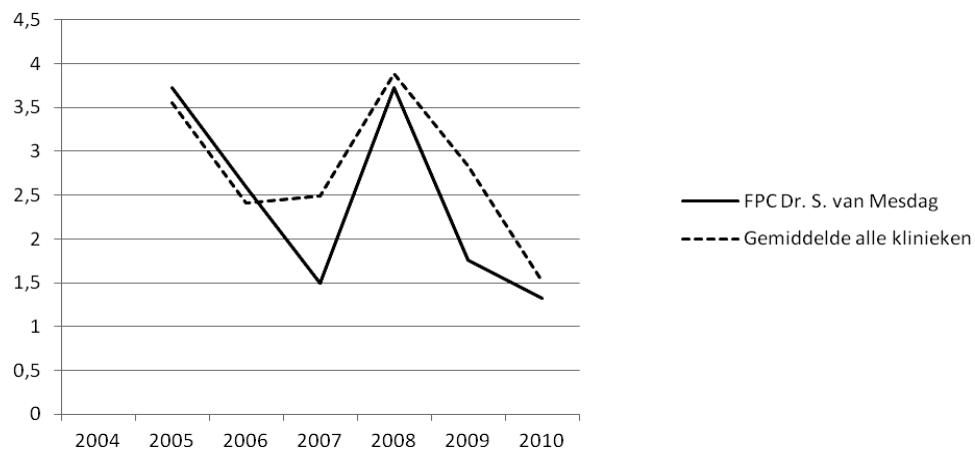
## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

**Figuur 4.7** Geweld (incl. gijzeling) tegen verpleegden (aantal incidenten per 100 patiënten)



Bron: MITS (DJI)

**Figuur 4.8** Geweld (incl. gijzeling) tegen personeel (aantal incidenten per 100 patiënten)



Bron: MITS (DJI)

### 4.2.3 Conclusies

Duidelijk is dat er sinds 2000 bij het FPC Van Mesdag serieus werk gemaakt is van de integratie van behandeling en beveiliging. Het FPC kent – na de roerige periode vóór 2000 – nu reeds lange tijd een stabiel en – in vergelijking met de andere klinieken – benedengemiddeld aantal incidenten. De meningen over de rol van de verzelfstandiging in deze ontwikkeling verschillen. Volgens sommigen heeft de verzelfstandiging een positief versterkend effect gehad op dit proces, volgens anderen heeft de verzelfstandiging niet of nauwelijks invloed gehad.

### **4.3 Behandelkwaliteit en onderzoek**

#### *4.3.1 Interviewresultaten*

Voor wat betreft de behandelkwaliteit wordt door verschillende respondenten van het FPC Van Mesdag gewezen op de HKZ-certificering<sup>49</sup> (in 2007) en de positieve inspectierapporten (zie ook hoofdstuk 3). Volgens de leden van de raad van bestuur is de organisatie in dit opzicht enorm geprofessionaliseerd en veel transparanter dan voorheen.

Inhoudelijk is er op het terrein van behandeling volgens de behandeldirecteur van het FPC Van Mesdag niets veranderd sinds de verzelfstandiging. Ook in de rijkssituatie bemoeide Justitie zich niet met de inhoud van de behandelingen. Wel is het ministerie, in het kader van "Zichtbare zorg", bezig met het ontwikkelen van indicatoren op het terrein van de behandelkwaliteit, maar dat staat los van de verzelfstandiging. De indicatoren gelden immers voor alle instellingen. Inhoudelijk worden er door de behandeldirecteur wel vraagtekens geplaatst bij de indicatoren. De uitkomsten van een tbs-behandeling liggen immers ver in de toekomst. Binnen het FPC Van Mesdag wordt daarom vooral gekeken naar factoren (levensdomeinen) die in het individuele geval voor het plegen van het delict relevant zijn geweest. Als die factoren een verbetering laten zien, dan is de kans op recidive afgenomen. Dit meetinstrument is binnen het FPC Van Mesdag ontwikkeld. Met andere FPC's heeft het FPC Van Mesdag een instrument voor risicotaxatie ontwikkeld en een instrument voor vroegsignalering. Verder is men bij het FPC begonnen met sociale netwerkanalyse, en inmiddels is dit een samenwerkingsproject waarbij meerdere klinieken zijn betrokken.

Op onderzoeksterrein timmert het FPC Van Mesdag naar eigen zeggen stevig aan de weg. Onderzoek en ontwikkeling binnen het FPC Van Mesdag is gericht op vier thema's die essentieel zijn voor de behandelkwaliteit: risicotaxatie, signaleringsplan, sociale netwerkanalyse en het instrument voor behandelbeoordeling. Het FPC werkt wel met universiteiten samen, maar daar zit geringe deskundigheid op gebied van de forensische psychiatrie. De deskundigheid zit volgens de behandeldirecteur van het FPC Van Mesdag toch vooral binnen de klinieken. Binnen het Rob Giel onderzoekscentrum (RGOc, een samenwerkingsverband met o.a. het UMC Groningen) is het FPC Van Mesdag trekker van de onderzoekslijn forensische psychiatrie.

Met Lentis wordt ook samengewerkt op onderzoeksterrein. Lentis wil graag een onderzoekserkenning en het FPC Van Mesdag wordt daarin ondergebracht als topklinische afdeling. Men probeert het onderzoeksbeleid van de twee instellingen bij elkaar te brengen. Dit is echter nog in ontwikkeling, aldus de leden van de raad van bestuur. Volgens hen hebben al deze activiteiten wel een positief effect op de professionalisering en attractiviteit van het FPC als werkgever.

---

<sup>49</sup> HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. De Stichting HKZ is belast met auditing en certificering van zorginstellingen.

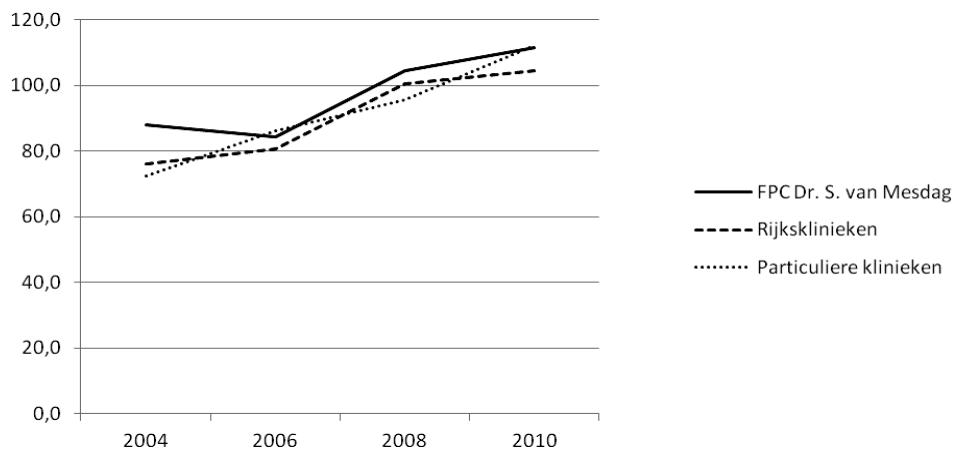
#### 4.3.2 Kwantitatieve gegevens

Het is niet mogelijk gebleken om uit de jaarverslagen van het FPC Van Mesdag kwantitatieve gegevens af te leiden met betrekking tot behandelkwaliteit en onderzoek, doordat de opzet en indeling van de jaarverslagen in de periode 2002-2010 daarvoor te veel verschilt. Wel is nagegaan of de “wapenfeiten” waarvan in de interviews gewag wordt gemaakt (ontwikkeling van het risico-taxatie-instrument, instrument voor signaleringsplannen, netwerkanalyse, behandel-evaluatie, onderzoekssamenwerking) ondersteund worden door de informatie in de jaarverslagen en dat bleek het geval.

Vergelijkend cijfermateriaal met betrekking tot de behandelkwaliteit van tbs-klinieken is niet voorhanden, al wordt soms een korte gemiddelde verblijfsduur als kwaliteitsaspect opgevoerd. Uit tabel en figuur 4.9 blijkt dat er voor wat betreft de gemiddelde verblijfsduur bij uitstroom nauwelijks verschillen zijn tussen klinieken, maar dat de verblijfsduur voor alle klinieken sinds 2006 een stijgende lijn vertoont.

**Tabel en figuur 4.9** Ontwikkeling gemiddelde verblijfsduur bij uitstroom in maanden

	2004	2006	2008	2010
FPC Dr. S. van Mesdag	87,9	84,4	104,5	111,4
Rijksklinieken	76,0	80,7	100,4	104,5
Private klinieken	72,5	86,0	95,4	111,9



Bron: MITS (DJI)

Hoewel recidivecijfers het ultieme criterium lijken om de behandelkwaliteit van FPC's te beoordelen, kleven aan het praktisch gebruik van dergelijke cijfers grote nadelen die verband houden met de lange observatieperiode die nodig is om hier een enigszins betrouwbaar beeld van te krijgen. De belangrijkste factoren die tot de noodzaak van een lange observatieperiode leiden zijn de periode die in acht moet worden genomen voor de



doorwerking van een beleidswijziging op de kwaliteit van de behandeling, de duur van de behandeling zelf, en de periode die na vrijlating noodzakelijk is om recidive enigszins zinvol in kaart te kunnen brengen. Zelfs indien de verzelfstandiging zoals die bij het FPC Van Mesdag onmiddellijk tot een nieuw behandelregime zou hebben geleid (quod non), duurt het enkele jaren voordat voldoende verpleegden zijn uitgestroomd die volledig onder dit nieuwe regime zijn behandeld. Bovendien is uit historische recidivecijfers bekend dat bij vrijgelatenen vaak pas na jaren recidive wordt geconstateerd (Bregman en Wartna, 2010). Concluderend moet worden gesteld dat momenteel nog niets kan worden gezegd over veranderingen in recidivecijfers sinds de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag en dat dit ook in de komende jaren niet goed mogelijk zal zijn.

#### *4.3.3 Conclusies*

Ook op het terrein van behandelkwaliteit en onderzoek heeft het FPC Van Mesdag onmiskenbaar een positieve ontwikkeling doorgemaakt. Door geen van de respondenten is echter gesteld dat de verzelfstandiging op deze ontwikkeling een effect heeft gehad.

#### **4.4 Knelpunten in de huidige situatie**

In de interviews is ook gevraagd naar eventuele knelpunten in de huidige situatie en of die knelpunten wellicht samenhangen met de verzelfstandiging.

In de huidige situatie doen zich volgens de voorzitter van de patiëntenraad en volgens het hoofd beveiliging knelpunten voor met betrekking tot het verlofbeleid. Doordat het aantal verlofbewegingen toeneemt, is er een capaciteitsprobleem bij de begeleiding van verloven. De duur en de frequentie van de begeleide verloven zijn inmiddels als gevolg van dit probleem teruggebracht hetgeen de voortgang van de behandeling kan vertragen. Dit knelpunt lijkt vooral terug te voeren op de toename van het aantal verlofbewegingen, maar volgens de ondernemingsraad is het capaciteitsgebrek bij de begeleiding van verloven ook het gevolg van wijzigingen in de omvang en samenstelling van het personeel, die te maken hebben met de verzelfstandiging. Sinds de verzelfstandiging is volgens de leden van de ondernemingsraad het aantal personeelsleden teruggebracht. Bovendien komen er volgens de leden van de ondernemingsraad steeds minder mensen binnen met een beveiligingsachtergrond, onder andere als gevolg van de relatief te lage salarissen voor dit personeel bij het FPC Van Mesdag.

#### **4.5 Conclusies**

Op de in dit hoofdstuk behandelde terreinen heeft het FPC Van Mesdag zich in de achterliggende periode positief ontwikkeld, zowel in de perceptie van geïnterviewden van het FPC zelf als in de perceptie van het ministerie. Dat beeld strookt met de uitkomsten van de inspectierapporten zoals die in hoofdstuk 3 zijn weergegeven.

Op de positieve ontwikkeling op het terrein van de behandelkwaliteit en het onderzoek heeft de verzelfstandiging niet of nauwelijks effect gehad. Dat geldt volgens sommige respondenten ook voor de vergelijkbare ontwikkeling bij de integratie van behandeling en

### Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

beveiliging. Volgens anderen heeft de verzelfstandiging de betreffende ontwikkelingen wel degelijk positief beïnvloed. Voor wat betreft de doorstroom en samenwerking in de forensische zorgketen geldt dat in de perceptie van de meeste betrokkenen daadwerkelijk samenwerking binnen de forensische zorgketen op gang is gebracht (en heeft de verzelfstandiging daar een positieve rol in gespeeld) maar die samenwerking heeft zich (nog) niet weerspiegelt in de (doorstroom)cijfers. Duidelijk is verder dat het FPC Van Mesdag voor wat betreft de verlooppraktijk meegaat in de algemene ontwikkeling. Ook hier speelt de verzelfstandiging geen rol.

Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

## 5. Bestuur en toezicht

De meest belangrijke wijzigingen zoals die in 2000 zijn doorgevoerd in de bestuursstructuur van het FPC Van Mesdag zijn reeds beschreven in paragraaf 3.3. De verzelfstandiging heeft daarin geen wezenlijke verandering gebracht. In de statuten van de nieuwe stichting is de feitelijke situatie overgenomen waarbij de raden van bestuur en toezicht van Lentis dezelfde functie voor het FPC Van Mesdag vervullen. Ook voor wat betreft het externe toezicht door de beide inspecties (Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie voor de Sanctietoepassing) is er door de verzelfstandiging niets veranderd.

Zoals beschreven is in hoofdstuk 2 heeft de overgang van een rijkskliniek naar een particuliere kliniek vooral gevolgen voor de relatie met het ministerie, in de zin van een gewijzigde sturings- en verantwoordingsrelatie. In dit hoofdstuk besteden we daarom allereerst aandacht aan het toezicht en de aanwijzingsbevoegdheden van de minister (paragraaf 5.1). Daarbij gaan we ook in op de plaatsing van patiënten. Door de overgang van een rijksinstelling naar een particuliere instelling veranderde verder ook het verantwoordingsregime (planning & control) voor het FPC Van Mesdag (paragraaf 5.2).

Bovendien diende een aantal zaken (medezeggenschap, klachtenregelingen) in de nieuwe situatie door het FPC zelf te worden geregeld. Ook daaraan wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed (paragraaf 5.3).

### 5.1 Toezicht en aanwijzingsbevoegdheden van de minister

#### 5.1.1 De statuten van het FPC Van Mesdag

De Stichting Forensisch Psychiatrische Centrum Dr. S. van Mesdag is op 27 augustus 2007 opgericht, door de Staat der Nederlanden. In de statuten is een flink aantal bepalingen opgenomen die de positie van de minister ten opzichte van het FPC regelen. Daarbij was voor de verantwoordelijke staatssecretaris het uitgangspunt dat het verlies aan bevoegdheden (vanwege de overgang van rijks- naar particuliere instelling), op afdoende wijze in de statuten zou worden gecompenseerd. Dat verklaart waarom de statuten “een rijk arsenaal aan bevoegdheden” bevatten.<sup>50</sup> Binnen de groep particuliere tbs-instellingen neemt het FPC Van Mesdag, zoals al gesteld in hoofdstuk 2, met deze statuten een uitzonderingspositie in.

Belangrijke elementen uit de statuten zijn:

- de stichting gaat een niet vrijblijvende vorm van samenwerking aan met de Bestuursstichting Lentis, door middel van een overeenkomst (artikel 5);
- een lid van de raad van bestuur van de stichting bekleedt de functie van hoofd van de inrichting in de zin van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (artikel 6 lid 1);

---

<sup>50</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30 957, nr. 2.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

- de minister van Justitie keurt vooraf de benoeming (door de raad van toezicht) goed van de leden van de raad van bestuur (artikel 6 lid 3);
- de minister van Justitie keurt de bezoldiging en overige van toepassing zijnde arbeidsvoorwaarden (vast te stellen door de raad van toezicht) vooraf goed (artikel 6 lid 5);
- de minister van Justitie kan het hoofd van de inrichting een schriftelijke aanwijzing geven indien hij van oordeel is dat de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze wordt nageleefd. Indien de aanwijzing niet wordt opgevolgd en/of het hoofd van de inrichting zijn taak ernstig verwaarloost kan de minister zelf voorzien in het uitoefenen van de bevoegdheden van het hoofd, het hoofd schorsen en zo nodig een bewindvoerder aanstellen en het hoofd voordragen voor ontslag (artikel 6 lid 6);
- schorsing of ontslag van een lid van de raad van bestuur door de raad van toezicht behoeft voorafgaande goedkeuring door de minister (artikel 6 lid 7);
- het reglement voor de raad van bestuur behoeft de goedkeuring van de minister (artikel 6 lid 10), evenals het reglement van de raad van toezicht (artikel 8 lid 9);
- één lid van de raad van toezicht wordt benoemd op bindende voordracht van de minister (artikel 8 lid 2);
- de bezoldiging en/of vergoeding van leden van de raad van toezicht behoeft goedkeuring van de minister (artikel 8 lid 8);
- de minister dient goedkeuring te verlenen aan het aangaan van overeenkomsten tot verkrijging, vervreemding en bezwaring van registergoederen (artikel 9 lid sub j);
- de gebruikelijke geheimhoudingsplicht van leden van de raad van toezicht gaat niet op in het geval van informatieverzoeken van de minister (artikel 10 lid 1). De stichting en haar organen zijn verplicht desgevraagd informatie met betrekking tot de stichting en haar werkzaamheden aan de minister te verstrekken (artikel 11 lid 1);
- de raad van toezicht vergadert minstens een maal per jaar met de minister (artikel 10 lid 11);
- de Algemene Rekenkamer is bevoegd tot rechtmatigheids- en doelmatigheids-onderzoeken bij de stichting (artikel 11 lid 2);
- voor wijziging van de statuten of ontbinding van de stichting is voorafgaande goedkeuring vereist van de minister (artikel 13 lid sub d).

De statuten kennen geen bepalingen met betrekking tot de plaatsing van patiënten (opnameplicht) omdat daarin voorzien wordt door de BVT.

### *5.1.2 Interviewresultaten*

Van de aanwijzingsbevoegdheid van artikel 6 lid 6 van de statuten is tot op heden géén gebruik gemaakt. Enkele respondenten van het FPC Van Mesdag (raden van bestuur en toezicht, hoofd beveiliging) menen weliswaar dat in algemene Justitie “nog steeds een flinke vinger in de pap heeft” maar dat lijkt vooral betrekking te hebben op de verantwoordingsaspecten en de inkoop (zie paragraaf 5.2 en hoofdstuk 6) en niet zozeer op het beleid van de kliniek. Over het algemeen is de situatie volgens de leden van de raad van bestuur prima werkbaar. De contacten tussen het ministerie (DJI, DForZo, DSP) en het FPC Van Mesdag worden van beide kanten als goed, open en prettig aangemerkt.

Voor wat betreft de relatie tussen ministerie en het FPC heeft de verzelfstandiging volgens de behandeldirecteur van het FPC Van Mesdag wel gezorgd voor een fundamentele positiewisseling. In de periode voor de verzelfstandiging voerde het ministerie overal de regie op en was de GGZ de “ontvangende partij”. Het doorzetten van het veranderingstraject was in die situatie volgens de leden van de raad van bestuur geen sinecure. De relatie is nu meer in evenwicht waardoor de organisatie zich beter kan ontwikkelen. Van zelfstandige organisaties gaat immers veel meer dynamiek uit, aldus de behandeldirecteur. Wel wijzen de algemeen directeur en de leden van de raad van toezicht er op dat er natuurlijk sprake van een afhankelijkheidsrelatie: het ministerie is immers monopolist voor wat betreft de inkoop.

In de eerste jaren van het veranderingsproces (dus in de periode vóór de verzelfstandiging) schermde de raad van bestuur de directie wat af van het ministerie, zodat de directie zich volledig op het interne veranderingsproces kon richten. De laatste tijd houdt de raad echter wat meer afstand en is er meer directe interactie tussen directie en het ministerie, zo stellen de leden van de raad van bestuur en de algemeen directeur. Op principiële strategische momenten, zoals bij jaargesprekken, is de raad van bestuur wel aanwezig bij de gesprekken met het ministerie.

Conform de statuten heeft ook de raad van toezicht eenmaal per jaar overleg met de “minister” (in de praktijk: met de directeur forensische zorg). De gesprekken zijn volgens de leden van de raad van toezicht altijd prettig, maar het is niet altijd duidelijk wat je later van de gedachteswisselingen in het beleid van VenJ terugziet. Dat is volgens hen echter niet wezenlijk anders (slechter of beter) dan voor de verzelfstandiging.

Ook vanuit het ministerie van VenJ ziet men geen bijzonderheden daar waar het gaat om de aansturing van het FPC Van Mesdag. Volgens de respondenten zijn er sinds de verzelfstandiging geen knelpunten ontstaan in de relatie tussen het FPC en het ministerie. De wettelijke mogelijkheden die de minister of de staatssecretaris heeft zijn voldoende. Daaraan wordt toegevoegd dat er in politiek-bestuurlijk opzicht geen al te groot verschil is tussen de aansturing van rijsklinieken enerzijds en particuliere klinieken anderzijds. Ook bij de particuliere klinieken heeft de minister voldoende mogelijkheden om op te treden wanneer zaken uit de hand lopen.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

De opname in de statuten van de nieuwe stichting van uiteenlopende bevoegdheden van de minister is indertijd volgens de directie en de raad van bestuur van het FPC in het tbs-veld niet met gejuich ontvangen, maar het FPC Van Mesdag had volgens hen niet veel te kiezen. Men heeft de situatie geaccepteerd omdat anders de verzelfstandiging niet door zou gaan. Het voordeel is nu volgens de algemeen directeur wel dat er, met de komende invoering van de Wfz waarvoor men de regelingen met het FPC Van Mesdag als uitgangspunt heeft genomen, voor het FPC nauwelijks wijzigingen zullen optreden. Wel plaatst hij in algemene zin vraagtekens bij de aanwijzingsbevoegdheid van de minister, die wellicht door de huidige staatssecretaris zal worden aangescherpt. Hoewel er in het geval van het FPC Van Mesdag geen gebruik is gemaakt van de aanwijzingsbevoegdheid, zou Justitie zich niet moeten bemoeien met de bedrijfsvoering en patiëntenzorg en het toezicht daarop overlaten aan de raad van toezicht, waarin bovendien een door de minister benoemd lid zit, aldus de algemeen directeur.

Verskillende respondenten hebben gewezen op de positie van het ministerie ten aanzien van zogenaamde sterretjespatiënten (extreem moeilijke patiënten). Een mogelijk nadeel van verzelfstandiging van rijksklinieken zoals het FPC Van Mesdag zou kunnen zijn dat het ministerie dergelijke patiënten niet meer kwijt zou kunnen bij particuliere instellingen. In de praktijk is het volgens de algemeen directeur zo dat het FPC Van Mesdag ook na de verzelfstandiging gewoon is doorgegaan met de opname van sterretjespatiënten, als onderdeel van afspraken die daarover op jaarbasis worden gemaakt. Het FPC Van Mesdag is volgens hem van de drie klinieken die sterretjespatiënten opvangen (de andere twee zijn het FPC Veldzicht en het – particuliere – FPC Kijvelanden) de kliniek waar de meest extreme patiënten terechtkomen. Ook in de toekomst wil men juist die categorie blijven opvangen. Daarin wil men een betrouwbare partner zijn voor VenJ. Ook vanuit het ministerie wordt erkend dat men met patiënten met de EVBG-status nog altijd terecht kan bij het FPC Van Mesdag. De betrokken respondenten stellen dat de mogelijkheden voor klinieken om plaatsing af te wijzen zeer beperkt zijn (alleen op basis van bepaalde contra-indicaties) en dat er geen verschil is tussen rijksklinieken en particuliere klinieken in hun houding ten opzichte van de plaatsing. Een eventueel verschil in doorzettingmacht van DJI (geringer bij de particuliere klinieken, groter bij de rijksinstellingen) is niet (meer) relevant. Zeker met het huidige overschot komt weigeren niet meer voor; de huidige situatie van overcapaciteit biedt DJI een strategisch voordeel ten opzichte van de klinieken.

Meerdere VenJ-respondenten spreken verder met waardering over de professionaliteit van het FPC Van Mesdag bij de plaatsing en het opnemen van de zwaardere gevallen.

### *5.1.3 Conclusies*

Ondanks het statutaire “rijke arsenaal aan bevoegdheden” bij het FPC Van Mesdag van de minister, waaronder een algemene aanwijzingsbevoegdheid, is de verhouding tussen het

FPC Van Mesdag en het ministerie ook na de verzelfstandiging goed. Bijzonderheden doen zich in de sturingsrelatie niet voor. Het FPC Van Mesdag werkt bovendien, net als voor de verzelfstandiging, voluit mee aan de opname van sterretjespatiënten. In meer algemene zin is er op dit moment geen plaatsingsprobleem in de tbs-sector en doet voor de plaatsing het onderscheid tussen particuliere klinieken en rijksklinieken niet ter zake.

## **5.2 Verantwoording (planning & control)**

Zoals naar voren kwam in hoofdstuk 2 is de planning- en controlcyclus voor de FPC's door DJI vastgelegd in handleidingen. De Mesdag is bij haar verzelfstandiging van handleiding gewisseld, maar veel verschil kan dat volgens het ministerie niet hebben gebracht. Vanuit het FPC Van Mesdag wordt aangegeven dat de informatiebehoefte van het ministerie goed aansluit op de interne informatiebehoefte van het FPC. Wat VenJ wil weten, is binnen het FPC bekend. Vanuit behandelersperspectief gaan de indicatoren volgens de algemeen directeur echter niet ver genoeg (zie ook paragraaf 4.3).

Enkele andere respondenten van het FPC Van Mesdag menen dat de verantwoordingsdruk de afgelopen jaren wel wat is toegenomen, maar men vraagt zich af of dit het gevolg is van de verzelfstandiging. Onder meer door het introduceren van de DBBC's moet er nu meer geregistreerd worden, maar men wijst er op dat dit ook geldt voor de rijksklinieken. Het hoofd business control van het FPC Van Mesdag stelt dat er wel wat veranderd is met betrekking tot de accountantscontrole. Er vindt nu door een externe accountant controle plaats op de jaarrekening, terwijl vroeger de rijksaccountantsdienst vooral op formaliteiten (juiste parafen en dergelijke) en minder op de inhoud letten.

## **5.3 Medezeggenschap en klachtenregelingen**

In de nieuwe situatie heeft het FPC Van Mesdag een aantal zaken met betrekking tot medezeggenschap en klachtenregelingen zelf nieuw moeten opzetten.

Hoewel er ook onder het rijksregime al een ondernemingsraad was (en daar dus niets aan is veranderd), is volgens de algemeen directeur de houding van de ondernemingsraad wel veranderd na de verzelfstandiging. Het is volgens hem nu een echte ondernemingsraad die werkt volgens een samenwerkingsmodel, terwijl er vroeger meer sprake was van polarisatie. In het verleden was er veel achterdocht en wantrouwen bij de ondernemingsraad en zocht de ondernemingsraad vrij snel contact met de Tweede Kamer of met het ministerie van Justitie, of stapte men naar de rechter. Er is nu een coöperatieve houding en meer wederzijds vertrouwen. De ondernemingsraad heeft regulier overleg met de bestuurder (één keer per week), heeft één keer per week een eigen intern overleg en één keer per maand overleg met de directie. De directeur algemene zaken is de belangrijkste overlegpartner. Tussendoor vindt er ook veel overleg plaats, zo stellen de leden van de ondernemingsraad. De overlegsituatie wordt door hen als goed beoordeeld. De directeur is welwillend en



## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

problemen onder het personeel worden serieus genomen. De communicatie over de verzelfstandiging door de directie is indertijd als goed ervaren.

Ook volgens de leden van de raad van toezicht zijn er op dit moment weinig problemen met de ondernemingsraad, al blijven beveiligingskwesaties (zoals het fouilleren bij in-/uitgang) onderwerp van discussie. De directie doet nu het reguliere overleg met de ondernemingsraad en dat gaat volgens de leden van de raad van toezicht goed. Er wordt door hen wel gewezen op het feit dat, zoals volgens hen in veel organisaties, de ondernemingsraad geen goede afspiegeling is van het personeelsbestand. Behandelaars zijn niet of nauwelijks vertegenwoordigd. Ook de manager PO&O merkt op dat bij de meest recente verkiezingen van de ondernemingsraad slechts 20% van het personeel heeft gestemd.

De ondernemingsraad van het FPC Van Mesdag probeert momenteel een overkoepelende ondernemingsraad op te zetten voor alle private klinieken, met als belangrijkste doel het delen van ervaringen. Op dit moment is er een platformoverleg van de private stichtingen, maar dit overleg heeft volgens de geïnterviewde leden van de ondernemingsraad een erg vrijblijvend karakter. Niet alle stichtingen hebben behoefte aan een groepsondernemingsraad.

Er zijn bij het FPC Van Mesdag op dit moment meerdere klachtenregelingen voor werknemers:

- Een algemene klachtenregeling bij de klachtencommissie met een externe voorzitter. Deze commissie heeft de afgelopen drie jaar één keer een klacht gehad die achteraf niet bestemd bleek voor deze commissie;
- De klachtencommissie voor ongewenst gedrag binnen de organisatie, bijvoorbeeld door collega's. Van deze commissie is tot op heden geen gebruik van gemaakt. Deze commissie bestaat geheel uit externe leden;
- De commissie voor de functiewaarderingsmethodiek. Dit is een interne bezwarencommissie met een externe voorzitter van Lentis. Deze commissie is na de verzelfstandiging een paar keer bijeen geweest;
- Er is een vertrouwenspersoon binnen de Van Mesdag, maar medewerkers mogen ook een beroep doen op de vertrouwenspersoon van Lentis. De vertrouwenspersonen rapporteren jaarlijks aan de directie.

De klachtencommissies bestonden volgens de leden van de ondernemingsraad en de manager PO&O niet in de rijkssituatie, de vertrouwenspersoon was er toen al wel.

De medezeggenschap van de patiënten vindt – net als voor de verzelfstandiging – plaats door de patiëntenraad (voorheen de kliniekcommissie). Het reglement van de patiëntenraad is per 1 januari 2008 aangepast aan de nieuwe private situatie. Volgens de voorzitter van deze raad functioneert de raad goed. In het verleden functioneerde de patiëntenraad soms minder goed en de raad is op een gegeven moment uit elkaar gevallen. Het bleek heel lastig om mensen voor de nieuwe patiëntenraad te krijgen, maar de leiding heeft alle

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

medewerking gegeven om de doorstart te maken. De huidige voorzitter bekleedt die functie nu al drie jaar. Hij heeft 20 uur per week beschikbaar voor dit werk. Door het organiseren van zogenaamde uitloopavonden raakten ook andere patiënten geïnteresseerd in en actief betrokken bij de patiëntenraad. Op dit moment is vrijwel iedere afdeling vertegenwoordigd in de patiëntenraad. Er is regelmatig en goed overleg met de leiding van het FPC. Het hoofd beveiliging is de contactpersoon voor de patiëntenraad met de directie. Regelmatig is er echter ook direct contact met de directie en één maal per vier weken schuift een directielid aan bij een vergadering van de patiëntenraad.

De voorzitter van de patiëntenraad ziet overigens geen grote veranderingen als gevolg van de verzelfstandiging. Hij merkt op dat als ze nog onder Justitie hadden gezeten, het in het FPC Van Mesdag niet veel anders was geweest.

Ook voor de patiënten is er een – in 2008 vernieuwde- klachtenregeling. In de praktijk worden klachten eerst besproken met de sociotherapeuten en zo nodig met de unitcoördinator (bijv. bij geldzaken) of de behandelcoördinator (bij behandelinhoudelijke problemen), de manager algemene zaken en/of de directeur behandelzaken. Is de klacht daarmee de wereld niet uit, dan kan deze worden voorgelegd aan de maandcommissaris (een lid van de raad van toezicht), vervolgens eventueel aan de commissie van toezicht en aan de tuchtcommissie.

De klachtenregeling is neergelegd in de kliniekregels en die wordt uitgereikt aan iedere patiënt die nieuw in het FPC van Mesdag komt. Daarnaast ligt de klachtenregeling ter inzage op de afdelingen. Bemiddelen van buitenaf, door de maandcommissaris, gebeurt ongeveer tien keer per maand. Soms ook worden er direct brieven gestuurd naar de commissie van toezicht. Er zijn bij het FPC Van Mesdag altijd wel twee of drie patiënten in huis die stelselmatig klagen en van wie het overgrote deel van de klachten afkomstig is, aldus de voorzitter van de patiëntenraad. Zijn standpunt wordt onderschreven door de leden van de raad van toezicht.

### **5.4 Knelpunten in de huidige situatie**

Op het vlak van bestuur en toezicht doen zich in de huidige situatie geen knelpunten voor.

### **5.5 Conclusies**

De verhouding tussen het FPC Van Mesdag en het ministerie van VenJ is volgens alle betrokkenen goed. Formeel is er het nodige veranderd, maar in de praktijk doen zich ten aanzien van de sturingsrelatie en de plaatsing van patiënten doen zich geen bijzonderheden voor. Op het terrein van de verantwoording hebben zich evenmin grote veranderingen voorgedaan als gevolg van de verzelfstandiging. Voor wat betreft de medezeggenschap en klachtenregelingen is er door de verzelfstandiging ook nauwelijks iets veranderd. Uiteraard zijn bestaande regelingen aangepast op de nieuwe –private – situatie maar inhoudelijk heeft dat geen gevolgen gehad. De opstelling van de ondernemingsraad is veranderd ten opzichte

### Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

van de opstelling tijdens de besluitvorming over de verzelfstandiging, maar dat kan niet worden uitgelegd als een gevolg van die verzelfstandiging.

## 6. Bedrijfsvoering

In dit hoofdstuk gaan we in de bedrijfsvoering bij het FPC Van Mesdag en de wijzigingen die zich daarin in de verzelfstandigde situatie hebben voltrokken. Eerst (paragraaf 6.1) wordt aandacht besteed aan de bedrijfsvoering in algemene zin, vervolgens komt meer specifiek het personeelsbeleid aan bod (paragraaf 6.2) waarbij wordt ingegaan op de rechtspositie van medewerkers, werkdruk en arbeidsverzuim, uitwisseling van personeel binnen Lentis, en scholing.

### 6.1 Bedrijfsvoering in het algemeen

#### 6.1.1 Interviewresultaten

Door vrijwel alle respondenten van het FPC Van Mesdag is aangegeven dat met de verzelfstandiging de vrijheid om zelf de bedrijfsprocessen in te richten aanmerkelijk is vergroot. Ook vanuit het ministerie wordt aangegeven dat het verschil tussen rijksklinieken en particuliere klinieken vooral zit in de bedrijfsvoering.

Voor de verzelfstandiging maakte het FPC Van Mesdag gebruik van het Shared Services Centre (SSC) van DJI en was het onderhoud van de gebouwen in handen van de Rijksgebouwendienst (RGD). Er werd door het SSC/DJI en door de RGD veel gedaan voor het FPC maar de kwaliteit van de dienstverlening was beperkt, aldus de algemeen directeur en het hoofd business control. De afstand tussen deze dienstverleners en de praktijk in het FPC Van Mesdag was volgens de algemeen directeur te groot. In de huidige situatie is er meer verbondenheid tussen het primaire proces (de behandeling) en de ondersteunende processen. De lijnen zijn korter en de kwaliteit van de ondersteuning is beter geworden. Er is volgens de algemeen directeur nu ook een kwalitatief betere interne planning- & control cyclus, niet alleen op het terrein van bedrijfsvoering maar ook – en in toenemende mate – op behandelinhoudelijk terrein. Dit beeld wordt vanuit het ministerie bevestigd: zowel zorginhoudelijk als organisatorisch lijkt het goed te gaan met het FPC Van Mesdag.

Bovendien werkt volgens het hoofd business control dienstverlening van buiten tot minder kostenbewustzijn en wordt er minder vlug geprobeerd zelf problemen op te lossen. De verzelfstandiging heeft geleid tot een andere dynamiek binnen de organisatie waarbij mensen zelf actief op zoek gaan naar oplossingen. De algemeen directeur en de leden van de raad van toezicht menen dat er binnen de organisatie een groeiend bewustzijn is dat het FPC Van Mesdag haar eigen broek moet ophouden. Het kostenbewustzijn is groot. Het financiële management is professioneler en de borging van risico's is beter. Volgens de leden van de raad van toezicht, is de externe accountant (dezelfde accountant als bij Lentis) erg tevreden over de gang van zaken bij het FPC Van Mesdag, met name over de management-rapportages, over het risicomangement en over het management van de nieuwbouw. Ook vanuit VenJ bestaat de indruk dat het FPC Van Mesdag zakelijker is geworden, bijvoorbeeld

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

bij de aanbesteding van de nieuwbouw waarbij de directie van de kliniek zelf de onderhandelingen heeft gevoerd. De bedrijfsvoering is nu goed op orde en de financiële exploitatie ziet er goed uit. Men heeft de indruk dat het FPC Van Mesdag in financieel opzicht scherper aan de wind is gaan varen.

Door de respondenten van het FPC Van Mesdag, met name door de directie, het hoofd business control en de manager PO&O, zijn de volgende concrete voorbeelden van verbeteringen in de bedrijfsvoering genoemd:

- het FPC Van Mesdag stelt nu zelf meerjaren-onderhoudsplannen op, wat leidt tot een betere beheersing van kosten;
- er is meer vrijheid in de keuze van leveranciers, bijvoorbeeld bij de inkoop van energie (waarbij men samenwerkt met Lentis);
- er is meer vrijheid in keuzes met betrekking tot de automatisering. Het FPC Van Mesdag is nu van het gezamenlijke netwerk van DJI af en volgens de algemeen directeur is het FPC Van Mesdag daarmee twee ton minder kwijt aan kosten. Het netwerk is nu beter ingericht en er kan beter gereageerd worden op problemen. Al met al kan men volgens hem nu op ICT-terrein slagvaardiger werken.

Door de verzelfstandiging zijn er volgens de behandeldirecteur en de manager PO&O nu ook meer mogelijkheden tot samenwerking met andere organisaties, vooral met de particuliere instellingen binnen de (forensische) zorg. Bij de ontwikkeling van de software die nodig is voor de DBBC's heeft het FPC Van Mesdag bijvoorbeeld samengewerkt met enkele andere particuliere instellingen (maar die samenwerking dateerde al van voor de verzelfstandiging). Men heeft daarbij gekozen voor hetzelfde software-pakket als de rijksklinieken, maar een verschil is dat de rijksklinieken zijn gestopt op het moment dat ze de DBBC-registratie voor elkaar hadden, terwijl het FPC Van Mesdag het pakket heeft doorontwikkeld en ook gebruikt bij het inrichten van het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) met het oog op het verbeteren van de behandelkwaliteit en verdere ketensamenwerking, aldus het hoofd business control.

Daarnaast wijzen de leden van de raad van bestuur, de behandeldirecteur en het hoofd business control op de samenwerking van het FPC Van Mesdag met Verslavingszorg Noord-Nederland, Lentis, GGZ-Centraal en GGZ-Noord-Holland bij de inrichting van het salarisverwerkingspakket van Raet Online (Phebe). Doel hiervan is de kwetsbaarheid van salarisadministraties te verminderen. Het FPC Van Mesdag is met name betrokken bij het ontwikkelen van de verzuimmodule. De salarisadministratie in de oude rijkssituatie was volgens de manager PO&O van het FPC Van Mesdag dramatisch slecht.

Het FPC Van Mesdag had ook voor de verzelfstandiging al eigen mensen in dienst voor de financiële administratie en automatisering (daarin verschilde het FPC Van Mesdag van de andere rijksklinieken). Deze mensen zijn met het oog op de verzelfstandiging in dienst gebleven en dat is volgens het hoofd business control een gelukkige zet geweest.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Na de verzelfstandiging zijn er voor bepaalde ondersteunende processen wel meer medewerkers in dienst gekomen, bijvoorbeeld bij de automatisering (dat had ook te maken met de invoering van de DBBC's). Ook het magazijn en de voeding zijn in handen van eigen personeel. Daardoor is er sprake van een verklaarbare toename van het aantal staf- en ondersteunende functies, maar dit is volgens de manager PO&O niet ten koste van de behandelcapaciteit gegaan. Bovendien hebben meerdere respondenten bij het FPC Van Mesdag het idee dat het werk nu efficiënter gebeurt. Het aantal managementfuncties is afgenomen. Per saldo is men nu goedkoper uit; er wordt meer waarde per € geboden.

Het teruglopen van de capaciteit in de tbs-sector, waaronder het aflopen van de tenders, in combinatie met het nieuwe inkoopstelsel, levert volgens meerdere respondenten (zowel vanuit het FPC Van Mesdag als vanuit het ministerie) een situatie op waarin instellingen zullen worden gedwongen een deel van hun beschikbare capaciteit ter beschikking te stellen voor niet-tbs-gestelden om te kunnen blijven bestaan. In dat licht achten de leden van de raad van toezicht de verzelfstandiging een goede zaak. Het FPC Van Mesdag is volgens hen al volop bezig om capaciteit alternatief aanwendbaar te maken. De behandeldirecteur van het FPC Van Mesdag wijst er in dat verband op dat het FPC een WTZI-erkenning heeft (Wet Toelating Zorginstellingen), waardoor het ook vanuit de zorgverzekeringswet of de AWBZ mogelijk is om mensen op te nemen. Het is echter op dit moment nog niet toegestaan om concrete productieafspraken te maken met zorgkantoren. Het FPC Van Mesdag vangt soms ook crisispatiënten voor anderen op, bijv. voor FPK's, op contractbasis. Het gaat hier om gedwongen opnames met rechtelijke machtigingen. Voorlopig gaat het volgens de algemeen directeur om een enkel geval. Het beschikbaar stellen van capaciteit ten behoeve van andere partijen aan de vraagzijde is een punt van overweging voor de komende jaren. Het FPC Van Mesdag probeert zich volgens directie en raad van toezicht zo goed mogelijk in de markt te positioneren. Vanuit het ministerie van VenJ wordt er op gewezen dat meerdere FPCs graag patiënten met andere strafrechtelijke titels dan tbs zouden willen opnemen (en dat daar ook de uitdaging voor de toekomst voor de FPCs ligt), maar dat hiervoor een erkenning op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ-status) vereist is.

### *6.1.2 Conclusies*

De belangrijkste effecten van de verzelfstandiging op de bedrijfsvoering bestaan volgens de respondenten van het FPC Van Mesdag uit de toegenomen mogelijkheden tot het maken van eigen keuzes met betrekking tot leveranciers en het aangaan van samenwerkingsverbanden. Vanuit het ministerie wordt bevestigd dat het FPC Van Mesdag zakelijker is geworden en qua bedrijfsvoering en financiën de zaken goed op orde heeft. Binnen het FPC is men verder (pro-)actief bezig met het alternatief inzetten van overcapaciteit.

## 6.2 Personeelsbeleid

### 6.2.1 Algemeen

De grotere vrijheid met betrekking tot de bedrijfsvoering in het algemeen gaat ook op voor het personeelsbeleid. Vóór 2008 was het FPC Van Mesdag qua personeelsbeleid ingebed in het functiegebouw van Justitie (vooral bestaand uit kantoorfuncties), hetgeen volgens de raad van bestuur en de manager PO&O niet aansloot op de behoeften van het FPC Van Mesdag. Ter illustratie geeft me het volgende voorbeeld: het functiegebouw van Justitie kende maar één functie socio-therapeut, terwijl in de tbs-praktijk verdere differentiatie binnen deze functie nodig is. Het FPC Van Mesdag kan nu volledig zelfstandig haar personeelsbeleid bepalen, uiteraard onder verantwoording van de raad van bestuur. Ook de directeur behandelszaken stelt dat men qua personeelsbeleid nu flexibeler is. Zo is er een hoogleraar forensische psychiatrie uit Tilburg voor een dag per week als onafhankelijk onderzoeker aan de Van Mesdag verbonden op basis van een detacheringsovereenkomst. Een dergelijke afspraak is volgens hem nu makkelijker te regelen dan in het verleden toen het FPC Van Mesdag nog een rijkskliniek was.

Het FPC Van Mesdag heeft volgens de leden van de raad van bestuur qua aantal behandelaars de zaak nu goed op orde, wat van belang is in een arbeidsmarkt waarin tekorten dreigen (met name bij psychiaters en psychologen). Overigens erkent men dat dit (behandelaars aanstellen in plaats van beveiligers) een ontwikkeling die al eerder is ingezet, maar de verzelfstandiging heeft volgens hen hier wel meer ruimte voor geboden. Volgens de manager PO&O is er ook meer ondersteunend personeel met relatief hoge opleidingen bij het FPC Van Mesdag komen werken. Verder is men flexibeler in de inzet van het personeel. In 2010 is de personeelsbezetting op de afdelingen doelmatiger ingericht. Er was voorheen sprake van een volledige personeelsbezetting op de dagactiviteitenafdelingen en op de patiëntenafdelingen, terwijl de patiënten feitelijk slechts op één van beide afdelingen aanwezig zijn. De mensen van de dagactiviteitenafdelingen gaan nu naar de patiëntenafdelingen en verrichten daar werkzaamheden waarmee de efficiëntie toeneemt, aldus de manager PO&O. De ondernemingsraad stelt overigens dat deze efficiëntieslag tot verschraling leidt en ten koste van de kwaliteit van de behandeling en van de veiligheid gaat.

Nagegaan is of de door de respondenten geschetste ontwikkelingen (behandelaars in plaats van beveiligers, meer ondersteunend personeel) ook ondersteund worden door kwantitatieve gegevens. Tabel 6.1 biedt inzicht in de ontwikkeling van de personeelsformatie van het FPC Van Mesdag in relatie tot de bedbezetting. De formatie-omvang kent een lichte groei tot 2007 en stabiliseert zich tot een niveau rond de 440 fte. Door een gestaag groeiende bedbezetting daalt de medewerker-patiënt-ratio onder de 2.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

**Tabel 6.1** Bedbezetting en personeelsformatie FPC Van Mesdag

Jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bedbezetting, aantal patiënten (a)	185,91	189,17	196,25	201,00	216,30	224,53	226,75
Personeelsformatie in fte (b)	421,06	427,20	439,91	442,26	437,64	444,84	438,09
Verhouding (b gedeeld door a)	2,26	2,26	2,24	2,20	2,02	1,98	1,93

*Bron: afdeling PO&O FPC Van Mesdag*

Wanneer gekeken wordt naar het werkgebied van de medewerkers (tabel 6.2) valt op dat er inderdaad sprake is van enige groei in fte bij de ondersteunende diensten. Vanuit het FPC Van Mesdag is daarbij aangetekend dat een deel van deze formatie in de situatie vóór verzelfstandiging vanuit het SSC van DJI werd verzorgd (en dus niet voorkomt in de formatietellingen voorafgaand aan 2008).

Verder blijkt geen sprake te zijn van een verschuiving van beveiliging naar behandeling. Het aantal fte beveiliging blijft vrijwel constant, het aantal fte behandeling is afgenomen.

**Tabel 6.2** Formatie-ontwikkeling naar werkgebied, FPC Van Mesdag

Jaar	2007	2008	2009	2010
Bestuur en management	39,50	37,00	39,03	40,62
Financiën, informatie & automatisering	13,44	13,34	16,27	18,49
PO&O	14,36	15,58	15,55	15,11
Facilitair	23,06	22,19	24,85	26,72
Onderzoek	11,87	12,15	11,94	11,11
Behandeling	290,14	287,62	288,78	276,96
Beveiliging	49,89	49,74	48,41	49,09
Totaal	442,26	437,62	444,83	438,10

*Eigen berekeningen<sup>51</sup> op basis van opgave afdeling PO&O FPC Van Mesdag*

### 6.2.2 Rechtspositie

De medewerkers van het FPC Van Mesdag zijn sinds de verzelfstandiging hun ambtenarenstatus kwijt en vallen nu onder de CAO voor de sector GGZ. Zoals bleek uit hoofdstuk 3, heeft het verzelfstandigingsproces vertraging opgelopen doordat de toenmalige ondernemingsraad van het FPC Van Mesdag en de groepsondernemingsraad TBS in eerste instantie geen verzelfstandiging wensten. Ze stelden zich op het standpunt dat zij moesten instemmen voordat er tot verzelfstandiging overgegaan zou kunnen worden. Deze zaak werd voorgelegd aan de ondernemingskamer waarna ook nog een cassatie-procedure volgde (zie paragraaf 3.4).

Volgens een toendertijd vanuit het ministerie bij het verzelfstandigingsproject betrokken respondent, is op een gegeven moment het overleg tussen Justitie en de

<sup>51</sup> Het gaat hierbij slechts om het door de onderzoekers aggregeren naar werkgebied van door het FPC Van Mesdag aangeleverde formatie-overzichten aan de hand van functiecodes zoals gebruikt in die overzichten.



## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

ondernemingsraden hervat en richtte men zich niet meer op de rol die de ondernemingsraad had ten aanzien van de verzelfstandigingsbeslissing zelf, maar op de randvoorwaarden waaronder de verzelfstandiging gestalte zou kunnen krijgen. De uitkomst was een sociaal plan dat voor de ondernemingsraden acceptabel was, zo stellen ook de leden van de ondernemingsraad. Het sociaal plan dekte de negatieve gevolgen af van de overgang van de ambtenarenstatus naar de GGZ-cao. Voor enkele medewerkers werd een detacheringconstructie opgezet. Het ging hier om medewerkers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt waren ten tijde van de verzelfstandiging en niet over konden naar het pensioenfonds van PGGM. Zij zijn ambtenaar gebleven in dienst van DJI en zijn – voor onbepaalde tijd – gedetacheerd naar het FPC Van Mesdag. Op dit moment betreft dat nog drie medewerkers, aldus de manager PO&O.

Overigens was het niet zo dat voor alle functies gold dat overgang naar de GGZ-cao negatief uitpakte. Ondersteunende functies werden door het rijk hoger gewaardeerd dan bij de GGZ, terwijl patiëntgerelateerde functies in de regel hoger gewaardeerd worden bij de GGZ dan bij het rijk. Wel zit er een verschil in de onregelmatigheidstoeslag die bij het rijk hoger is dan bij de GGZ, aldus de manager PO&O.

Op dit moment zijn er bij de Van Mesdag nog circa 360 mensen in dienst die onder het sociaal plan vallen (ongeveer 2/3 van het totale personeelsbestand). Over de vraag of verschillen in salaris bij gelijksoortige functies (tussen oud personeel vallend onder het sociaal plan en nieuw personeel, soms oplopend tot €300-400 per maand) tot scheve gezichten aanleiding geven verschillen de meningen onder de respondenten. Volgens de manager PO&O is dit niet het geval, volgens de ondernemingsraad wel. Bovendien wijst de ondernemingsraad op de negatieve invloed van het sociaal plan op de mobiliteit van het personeel (zie ook paragraaf 6.2.4). Slechts weinig medewerkers die onder het sociaal plan vallen verlaten het FPC. Ook de getroffen regeling voor het functioneel leeftijdsontslag kan de doorstroom van personeel belemmeren, met name waar het gaat om personeel op leeftijd, zo stelt de manager PO&O. Omdat het PGGM niet voorziet in een functioneel leeftijdsontslag voor executieve medewerkers, is daarvoor bij de verzelfstandiging een aparte regeling getroffen. Binnen de Van Mesdag is volgens de manager PO&O hierdoor wel veel kennis opgebouwd over het overzetten van pensioenen en ook over de conversie van rijks- naar particuliere arbeidsvoorwaarden.

Ten tijde van de verzelfstandiging bestond onder het personeel de angst voor ontslag, dat zou makkelijker gaan in een private dan in een rijkskliniek. Deze angst is volgens de ondernemingsraad ongegrond gebleken.

Voor het aantrekken van nieuw personeel van buiten is de nieuwe situatie gunstig. Er zijn nu bijvoorbeeld geen problemen rondom het pensioen meer wanneer een psycholoog vanuit

de reguliere GGZ een aantal jaren bij de Van Mesdag gaat werken en dan weer teruggaat naar de reguliere GGZ, zo stelt de behandeldirecteur.

### 6.2.3 Arbeidsverzuim en verloop

Het arbeidsverzuim is bij het FPC Van Mesdag aanzienlijk teruggebracht, maar onderstaande tabel maakt duidelijk dat het hierbij gaat om een proces dat reeds voor de verzelfstandiging in gang was gezet. De mobiliteit van het personeel (verloop als percentage van totale personeelsomvang) was relatief hoog in de jaren 2001-2003 (de beginperiode van het veranderingsproces bij het FPC Van Mesdag), daarna (2004-2008) wat lager, maar met een uitschieter in 2007. In de meest recente jaren ligt het verloop rond de 10%.

**Tabel 6.3** Personeel FPC Van Mesdag

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Arbeidsverzuim personeel (%)	16	10,8	8,4	7,7	5,3	4,8	4,4	5,1	4,9	4,7
Mobiliteit personeel (%)	12,5	16,4	12,9	6,4	8,9	6,6	12,9	7,7	10,3	10,8

*Bron: Jaarverslagen FPC Van Mesdag 2002-2010 en aanvullende informatie afdeling PO&O FPV Van Mesdag*

Op het terrein van medewerkerstevredenheid is er recent veel gebeurd, aldus de manager PO&O. In december 2010 is voor het eerst de werkvermogensmonitor afgenomen onder het personeel. In het verleden zijn er diverse medewerkerstevredenheidsonderzoeken uitgevoerd, maar deze zeiden niets over de vraag of medewerkers in staat waren om hun werkzaamheden op een goede manier te verrichten. De werkvermogensmonitor doet dit wel. Er wordt in de werkvermogensmonitor onder andere ingegaan op leefstijl, zelfstandigheid, afwisseling, werkbelasting en werkbeleving. Op dit moment scoort 88% van de medewerkers goed ("groen") op de werkvermogensmonitor, 10% scoort matig en 3% scoort onvoldoende ("rood"). Ruim 70% van de medewerkers heeft de monitor ingevuld. De organisatie die de monitor heeft afgenomen (PreventNed) heeft met alle "rode" medewerkers gesproken en ook met medewerkers met een verhoogd burn-out risico. Iedere afdeling moet een plan van aanpak maken op basis van de uitkomsten. De afdelingsplannen worden in juni 2011 nader geëvalueerd, aldus de manager PO&O. Overigens valt uit de interviews of uit de relevante delen van de recente jaarverslagen van het FPC van Mesdag niet af te leiden dat het afnemen van de werkvermogensmonitor het directe gevolg is van de verzelfstandiging.

### 6.2.4 Uitwisseling van personeel binnen Lentis

In algemene zin, zo blijkt uit tabel 6.3, is de mobiliteit van het personeel in de periode 2004-2008 afgenomen, maar neemt de mobiliteit recent (2009 en 2010) iets toe. Uitwisseling van personeel (in de zin van het overstappen van medewerkers) tussen het FPC Van Mesdag en Lentis/Forint (één van de verwachtingen ten tijde van de verzelfstandiging) vindt echter

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

slechts in beperkte mate plaats, zo wordt door meerdere respondenten vanuit het FPC Van Mesdag erkend. Er worden hiervoor verschillende oorzaken aangegeven.

Ten eerste zijn het FPC van Mesdag en Foring/Lentis twee verschillende rechtspersonen. Wanneer iemand uit dienst treedt bij het FPC Van Mesdag en in dienst treedt bij Forint dan vervallen de aanspraken zoals vastgelegd in het sociaal plan en de aanspraak op de FLO-regeling (zie ook paragraaf 6.2.2). Volgens de algemeen directeur en de manager PO&O belemmert dat de overstap van het FPC Van Mesdag naar Lentis.

Ten tweede doet boventaligheid zich volgens de leden van de raad van toezicht vooral voor bij Lentis en niet bij het FPC Van Mesdag, waardoor eventuele uitwisseling bij voorbaat een kwestie van eenrichtingsverkeer is.

Ten derde wordt er door de behandeldirecteur op gewezen dat er flinke verschillen zijn tussen het werk in een tbs-kliniek en het werk in de GGZ-sector. De klassieke GGZ-organisaties hebben verpleegkundigen op de werkvloer en tbs-instellingen vooral medewerkers met HBO inrichtingswerk en HBO Sociaal Pedagogische Hulpverlening. Dat leidt tot cultuurverschillen en dat maakt uitwisseling volgens hem niet altijd eenvoudig. De werkwijze verschilt ook. De werkwijze binnen het FPC Van Mesdag komt uit de traditie van de klassieke therapeutische gemeenschap: in en met de groep aan je problemen werken. In de GGZ is het werk individueler. Daarnaast wijst hij op de grote verschillen in doelgroep. Bij het FPC Van Mesdag zitten overwegend patiënten met grote persoonlijkheidsproblemen. In de FPA Zuidlaren zitten met name patiënten met ernstige psychotische stoornissen die problemen hebben met het dagelijks functioneren.

Bij sommige functies (bijvoorbeeld op het niveau van teamleiders) is uitwisseling volgens de behandeldirecteur makkelijker. Met de forensische polikliniek (AFPN: Ambulante Forensische Psychiatrie Noord Nederland), die formeel onder Lentis valt, vindt uitwisseling van psychologen plaats. De AFPN zorgt voor de nazorg van tbs-gestelden die de kliniek hebben verlaten, maar er komen ook patiënten met forensisch gerelateerde problematiek (agressie, zeden) die geen tbs maar andersoortige justitiële maatregelen opgelegd hebben gekregen, en patiënten zonder justitiële maatregel, maar met gelijksoortige problemen. Verder vindt er wel uitwisseling van personeel in de zin van waarneming vindt plaats. Ten tijde van krapte heeft personeel van Lentis bij het FPC Van Mesdag waargenomen. Omgekeerd hebben psychomotorisch therapeuten van het FPC Van Mesdag bij Lentis waargenomen, zo stelt de behandeldirecteur.

Verder geeft de algemeen directeur aan dat er sinds 2008 meer gezamenlijke activiteiten op het gebied van scholing en competentie management worden ondernomen. De hoofden P&O van het FPC Van Mesdag en Lentis overleggen regelmatig met elkaar.

Enkele respondenten wijzen er op dat uitwisseling van personeel waarschijnlijk pas na verloop van tijd echt op gang zal komen en niet op het moment van verzelfstandiging zelf. Het gaat om een proces dat jaren vergt. Zo stelt een respondent van het ministerie dat het

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

een illusie is om te denken dat na twee jaar al vastgesteld zou kunnen worden dat hier grote stappen in zijn gemaakt. Ook de algemeen directeur van het FPC Van Mesdag stelt dat uitwisseling van personeel domweg minder eenvoudig is dan ten tijde van de verzelfstandiging werd gedacht. De leden van de raad van bestuur stellen dat de uitwisseling van personeel in het bredere kader van opleiding en aansluiting van zorgprogramma's binnen de bredere GGZ-sector moet worden gezien.

### 6.2.5 Scholing

Op het terrein van scholing is er volgens de directie en de raad van bestuur veel veranderd door de samenwerking met Lentis. Er zijn opleidingsmogelijkheden tot stand gebracht waar het FPC zelf, als kleine organisatie, nooit voor had kunnen zorgen. Het FPC is een opleidingscentrum en stageplaats binnen Lentis en kan zo mede zorg dragen voor de opleiding van psychiaters (daarmee kan ook "intern" in vacatures worden voorzien). Verder participeert het FPC in de GGZ-opleiding voor psychologen en de opleiding tot verpleegkundig specialist.

De manager PO&O wijst er op dat binnen het FPC Van Mesdag veel aan bijscholing gedaan, op basis van een eigen opleidingsplan. Hierbij wordt samengewerkt met Forint/Lentis. Wanneer bij de Van Mesdag opleidingen worden georganiseerd, dan doen daar veelal ook mensen van Forint aan mee.

Verder stelt hij dat er sprake is van een goede samenwerking van de Van Mesdag met de Hanzehogeschool Groningen. Er worden gastlessen verzorgd en er wordt een groot aantal stageplaatsen voor HBO-V en SPH beschikbaar gesteld. Ook is er in toenemende mate sprake van samenwerking met MBO's.

### 6.3 Knelpunten in de huidige situatie

De algemeen directeur en de geïnterviewde leden van de raad van toezicht menen dat er in de huidige situatie een spanning bestaat tussen de eisen die een normale bedrijfsvoering stelt aan de solvabiliteit en de regels waaraan het FPC Van Mesdag onderhevig is (beperking van de toevoeging aan het eigen vermogen). Als particuliere instelling is het toegestaan 10% reserves te hebben, maar dat is volgens hen te weinig om risico's te kunnen opvangen. Het financieel weerstandsvermogen van het FPC Van Mesdag is daardoor eigenlijk te klein. Bovendien financiert een bank nieuwbouw niet wanneer er maar 10% reserves zijn. Mogelijk wordt dit beter wanneer er sprake is van een echte inkooprelatie. Overigens erkent men dat deze situatie voor de verzelfstandiging nog slechter was (toen gold een bovengrens van 5%).

Verder wijzen de leden van de raden van bestuur en toezicht en de algemeen directeur er op dat ten tijde van de verzelfstandiging het FPC – te – lang heeft moeten wachten op de openingsbalans van de nieuwe stichting. Over de openingsbalans is lang onderhandeld maar uiteindelijk was het toch een kwestie van take-it-or-leave-it. Het FPC Van Mesdag heeft niet echt een bruidsschat meegekregen en dat hebben zij als een teleurstelling ervaren. Het eigen vermogen op de openingsbalans was slechts € 2 miljoen. Een groot knelpunt vormen

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

op dit moment volgens hen de FLO-verplichtingen. Daarvoor is een voorziening van € 600.000 getroffen maar het gaat om een totale verplichting van wel € 4 miljoen. De aanspraken die voortvloeien uit het sociaal plan en de FLO-aanspraken hebben bovendien een negatieve invloed op de mobiliteit van het personeel bij het FPC Van Mesdag. Mede daardoor vindt er slechts in beperkte mate uitwisseling plaats van personeel tussen het FPC Van Mesdag en Lentis.

In meer algemene zin stellen de leden van de raad van toezicht dat het exploitatieresultaat van het FPC Van Mesdag marginaal van omvang is (€ 3-4 ton, bij een totale balanstelling van ca. € 40 miljoen). Het FPC Van Mesdag heeft veel geïnvesteerd in nieuwbouw (vanwege de in paragraaf 2.4 genoemde tenders), maar de bezetting loopt nu terug. Het is nu allemaal erg krap en dat legt volgens de leden van de raad van toezicht een flinke druk op het apparaat.

Een mogelijk negatief gevolg van de verzelfstandiging is volgens de leden van de ondernemingsraad dat in de Van Mesdag vóór de verzelfstandiging nooit mensen via uitzendbureaus hoefden te worden ingehuurd, terwijl dat nu wel gebeurt. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de kwaliteit van het beveiligingspersoneel. De beveiliging was in het verleden in handen van personeel dat was opgeleid door Justitie, bijvoorbeeld binnen het gevangeniswezen. Dit probleem heeft inmiddels binnen de organisatie wel de aandacht.

Een ander knelpunt, dat overigens niet samenhangt met de verzelfstandiging, betreft volgens de manager PO&O de bevoorschotting. Op dit moment heeft het FPC Van Mesdag een zeer gering eigen vermogen en kan het zelf kosten niet voorfinancieren. Wanneer wordt overgegaan op DBBC's zonder voorfinanciering dan levert dit voor het FPC Van Mesdag (en wellicht ook voor andere klinieken) een groot probleem op. Vanuit het ministerie wordt beaamd dat de bevoorschotting verdwijnt in de DBBC-systematiek (waarin er immers gedeclareerd wordt middels facturen), maar verwacht dat de instellingen daar wel aan zullen wennen.

### **6.4 Conclusies**

Door de verzelfstandiging zijn volgens de respondenten van het FPC Van Mesdag meer mogelijkheden ontstaan voor het maken van eigen keuzes met betrekking tot leveranciers en het aangaan van samenwerkingsverbanden. Ook op het ministerie bestaat het beeld dat het FPC Van Mesdag zakelijker is geworden en qua bedrijfsvoering en financiën de zaken goed op orde heeft. Wel is er de onvoldoende door voorzieningen gedekte last van de FLO-verplichtingen (voortvloeiend uit het sociaal plan).

Voor wat betreft het personeelsbeleid stellen de respondenten van het FPC Van Mesdag dat het huidige functiegebouw (van Lentis) beter aansluit op de praktijk dan dat van VenJ. Men zegt verder flexibeler te zijn en meer ruimte te hebben voor het voeren van een eigen personeelsbeleid. Na de verzelfstandiging is er sprake van een groter aantal fte voor ondersteunende activiteiten (financiën, informatie en automatisering, PO&O, facilitaire

### Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

zaken). In tegenstelling tot de perceptie bij enkele respondenten van het FPC Van Mesdag is er géén verschuiving opgetreden in aantal fte van beveiliging naar behandeling.

Bij de verzelfstandiging is een adequaat sociaal plan tot stand gebracht (zoals hierboven gesteld, inclusief overname van FLO-verplichtingen), dat echter wel beperkend werkt op de mobiliteit van personeel van het FPC Van Mesdag. Het ziekteverzuim vertoont een dalend verloop maar deze ontwikkeling was reeds voor de verzelfstandiging in gang gezet.

De uitwisseling van personeel tussen het FPC van Mesdag en Lentis komt moeilijk op gang. Dit komt deels door de belemmeringen die het sociaal plan met zich meebrengt, en deels door verschillen in werk(omgeving) tussen het FPC en de GGZ-sector. Op het terrein van scholing is er wel samenwerking binnen Lentis tot stand gebracht.

## 7. De effecten van de verzelfstandiging

In de voorgaande hoofdstukken is ter beantwoording van onderzoeksvraag b) een schets gegeven van de ontwikkelingen zoals die zich in de periode 1997-2010 bij het FPC Van Mesdag hebben voorgedaan. Na een chronologische schets in hoofdstuk 3, is in de hoofdstukken 4-6 specifiek aandacht besteed aan enkele deelonderwerpen.

In dit hoofdstuk richten we ons op de expliciete beantwoording van onderzoeksvragen: c) *In hoeverre heeft de verzelfstandiging in 2008 bijgedragen aan bovenstaande ontwikkelingen<sup>52</sup>?* en d) *Welke knelpunten doen zich in de huidige situatie voor en in hoeverre zijn deze terug te voeren op de verzelfstandiging?*

De verzelfstandiging moet worden gezien in het licht van het veranderingsproces bij het FPC Van Mesdag zoals dat in gang is gezet in 2000. In dat proces stond de overgang centraal van een repressief systeem dat te eenzijdig was gericht op veiligheid, naar een kliniek waar tbs-ers professioneel worden behandeld, gericht op samenwerking in de keten, en integratie van behandelprogramma's van de kliniek en GGZ.

Enkele respondenten menen dat de verzelfstandiging nauwelijks gevolgen heeft gehad omdat de meeste en belangrijkste veranderingen al voor die tijd waren doorgevoerd. Het eindoordeel van het overgrote merendeel van de respondenten (zowel van de zijde van het FPC zelf als van de zijde van het ministerie) over het effect van de verzelfstandiging op dit proces is echter overwegend (zeer) positief. Vanuit het FPC Van Mesdag legt men daarbij de nadruk op het wegvallen door de verzelfstandiging van allerlei belemmeringen zoals die ervaren werden in de rijkssituatie, met name met betrekking tot de bedrijfsvoering. In het volgende hoofdstuk gaan we na of de twee overgebleven rijksklinieken dergelijke belemmeringen ook ervaren. Als dat niet zo is, zwakt dat niet alleen de perceptie van de respondenten zoals weergegeven in de voorgaande hoofdstukken af, maar is dat ook van invloed op de vraag of eventuele verzelfstandiging van die twee rijksklinieken wenselijk is.

De vraag is hier of, uitgaande van de door de respondenten ervaren effecten van de verzelfstandiging, de verwachtingen zoals die leefden bij de beslissing tot verzelfstandiging zijn uitgekomen of niet. Zoals in hoofdstuk 1 is weergegeven waren die verwachtingen de volgende:

- a. verbetering van de in-, door- en uitstroom van tbs-gestelden;
- b. verbetering van de kwaliteit van de zorg (door de ontwikkeling van een transmurale forensische zorgketen);

---

<sup>52</sup> De in-/door-/uitstroom, de samenwerking in de forensische zorgketen, de geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging (risico-management) en de verhouding tussen het ministerie van Justitie en het FPC.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

- c. personele voordelen (bijvoorbeeld t.a.v. de uitwisseling, beschikbaarheid en deskundigheid van het personeel);
- d. geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging.

Op grond van hoofdstukken 4-6 kunnen we hier de volgende specifieke (ervaren) effecten noemen, die we rubriceren naar de bovengenoemde verwachtingen.

### **Ad a.** verbetering van de in-, door- en uitstroom van tbs-gestelden:

- de verzelfstandiging heeft het mogelijk gemaakt meer (zakelijke) samenwerkingsverbanden aan te gaan met Lentis en met andere partners in de forensische zorg. De doorstroom is echter feitelijk niet verbeterd, maar daarbij moet worden aangetekend dat het verbeteren van doorstroom een lange-termijn proces is en ook afhankelijk is van externe factoren;

### **Ad b.** verbetering van de kwaliteit van de zorg (door de ontwikkeling van een transmurale forensische zorgketen)

- de verzelfstandiging heeft het mogelijk gemaakt in samenwerking met Lentis gezamenlijke programmaleiders aan te stellen hetgeen de integratie van forensische zorg in de tbs-sector en GGZ-sector ten goede komt;
- er zijn door de verzelfstandiging meer mogelijkheden gekomen voor samenwerking op onderzoeksterrein;

### **Ad c.** personele voordelen (bijvoorbeeld t.a.v. de uitwisseling, beschikbaarheid en deskundigheid van het personeel)

- er is meer flexibiliteit bij het aantrekken van nieuw personeel;
- de overstap van medewerkers van Lentis naar het FPC Van Mesdag verloopt makkelijker maar andersom is dat lastiger vanwege verlies van aanspraken o.g.v. het sociaal plan. Er is iets meer uitwisseling van personeel tussen Lentis en het FPC dan voorheen, maar de belangrijkste ontwikkelingen zullen zich waarschijnlijk op langere termijn voordoen;
- er zijn meer mogelijkheden voor gezamenlijke opleidingen/scholing met Lentis. Het FPC Van Mesdag kan op dit terrein nu ook makkelijker samenwerkingsverbanden aangaan met andere partners.

### **Ad d.** geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging.

- medewerkers zijn sinds de verzelfstandiging nog meer integraal inzetbaar (d.w.z. in zorg én beveiliging);
- het FPC Van Mesdag kan nu zelfstandig eigen transport regelen bij begeleid verlof;
- op het terrein van de veiligheid/BHV kan men nu samenwerken met plaatselijke partners.



## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Daarnaast heeft zich een aantal onverwachte effecten voorgedaan:

- het FPC heeft nu een eigen accountant waardoor de accountantscontrole beter aansluit op de organisatie;
- tal van ondersteunende processen verlopen niet meer via het Shared Services Centre (SSC) van DJI, hetgeen de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt. Men heeft een grotere keuzevrijheid met betrekking tot leveranciers en er is meer vrijheid bij de automatisering (keuze van software en eigen ontwikkeling daarvan);
- er is nu de mogelijkheid zelf meerjarenonderhoudsplannen te maken voor gebouwen;
- er kan beter worden ingespeeld op toekomstige ontwikkelingen die voortvloeien uit het inkoopstelsel en de teruglopende capaciteit, bijvoorbeeld door de vrij komende capaciteit alternatief aanwendbaar te maken.

Tot slot zijn er ook knelpunten naar voren gekomen, hoewel het geringe aantal knelpunten opvallend is:

- recent doet zich een capaciteitsprobleem voor bij het FPC Van Mesdag bij de begeleiding van verloven. Het is niet duidelijk of dit probleem uitsluitend wordt veroorzaakt door de toename van het aantal verlofbewegingen of dat er een daadwerkelijk gebrek is aan beveiligingscapaciteit als gevolg van de verzelfstandiging;
- de regels met betrekking tot reservevorming worden als te zeer beperkend ervaren (maar in de rijkssituatie waren deze regels nog restrictiever);
- bij de verzelfstandiging is onvoldoende rekening gehouden met de FLO-verplichtingen. De getroffen FLO-voorziening is beduidend minder dan de daadwerkelijke verplichtingen.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

## 8. Implicaties voor eventuele verdere verzelfstandigingen in het TBS-veld

De laatste onderzoeksvraag, onderzoeksvraag e) luidt als volgt: *Wat valt er op grond van het voorgaande te zeggen over eventuele verzelfstandiging van de rijksinrichtingen FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht?*

Allereerst wordt een korte schets gegeven van beide rijksinstellingen (paragraaf 8.1). Aansluitend (paragraaf 8.2) worden de resultaten weergegeven van de interviews die met vertegenwoordigers van de rijksklinieken hebben plaatsgevonden. In deze paragraaf staat vooral de vraag centraal of de beperkingen zoals die volgens de respondenten van het FPC Van Mesdag met de verzelfstandiging zijn weggenomen, ook als zodanig worden ervaren binnen de rijksklinieken.

In paragraaf 8.3 gaan we vervolgens na welke lessen er uit de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag zijn te trekken.<sup>53</sup>

### 8.1 Korte schets van de rijksklinieken

#### *Het FPC Veldzicht (Balkbrug)*

De instelling Veldzicht werd in 1894 opgericht als Rijks Opvoedings Gesticht voor jongens (op de plek waar eerder vanaf 1819 een bedelaarsgesticht was gevestigd). Na sluiting, in 1930, van het opvoedingsgesticht en als uitvloeisel van de invoering van de Psychopatenwet in 1928 werd in 1933 Veldzicht een rijksasiel voor psychopaten, waar de tbr-regeling werd uitgevoerd.

Het FPC Veldzicht biedt plaats aan circa 220 tbs-gestelden (zowel mannen als vrouwen). Naast de eigenlijke tbs-kliniek beschikt Veldzicht over eigen transmurale voorzieningen, zoals woonunits op het eigen terrein en woningen in de omgeving. Het FPC Veldzicht is (naast het FPC van mesdag en het FPC Kijvelanden) aangewezen als tbs-kliniek waarin ook patiënten met de EVBG-status kunnen worden opgenomen.

#### *Het FPC Oostvaarderskliniek (Almere)*

Het FPC Oostvaarderskliniek is in 2003 ontstaan uit een fusie van de tbs-kliniek De Singel (Amsterdam) en het Dr. F.S. Meijersinstituut (dat vanaf 1952 tot de invoering van het systeem van a-selectie plaatsing als landelijk selectie-instituut fungeerde en gevestigd was te Utrecht). Van 2003 tot 2006 ging de kliniek door het leven als FlevoFuture, met het oog de

---

<sup>53</sup> Daarbij gaan we niet in op allerlei aandachtspunten die het proces van verzelfstandiging betreffen (het onderzoek betreft immers geen procesevaluatie). Tijdens de interviews met – met name – de respondenten van het FPC Van Mesdag zijn er echter wel diverse aandachtspunten (of: lessen) aangedragen met betrekking tot het verzelfstandigingsproces bij het FPC Mesdag die eventueel relevant zijn bij privatisering van de overgebleven rijksklinieken. Deze aandachtspunten zijn voor de volledigheid opgenomen in bijlage 5.

aanstaande vestiging in Flevoland. Het FPC is sinds 2008 daadwerkelijk gevestigd in een nieuw gebouw te Almere. Het biedt plaats aan circa 160 patiënten.

## 8.2 Interviewresultaten

### 8.2.1 Algemeen

In de interviews met vertegenwoordigers van de beide rijksklinieken stond de vraag centraal of de belemmeringen, zoals die door het FPC van Mesdag vóór de verzelfstandiging zijn ervaren en met de verzelfstandiging grotendeels zijn weggenomen, ook als zodanig worden ervaren door de rijksklinieken. Ondervinden de rijksklinieken inderdaad op uiteenlopende terreinen belemmeringen als gevolg van de rijksstatus of hebben ze voldoende handelingsvrijheid? Bij de weergave van de resultaten volgen we de in het vorige hoofdstuk beschreven effecten op de voet.

#### *a. Verbetering van de in-, door- en uitstroom van tbs-gestelden & b. Samenwerking in de forensische zorgketen*

De verzelfstandiging heeft het voor het FPC Van Mesdag mogelijk gemaakt meer (zakelijke) samenwerkingsverbanden aan te gaan met Lentis en met andere partners in de forensische zorg. In samenwerking met Lentis zijn gezamenlijke programmaleiders aangesteld hetgeen de integratie van forensische zorg in de tbs-sector en GGZ-sector ten goede komt. Ook zijn er door de verzelfstandiging meer mogelijkheden gekomen voor samenwerking op onderzoeks-terrein.

Vanuit de rijksklinieken wordt gesteld dat ook rijksklinieken kunnen samenwerken en dat dat ook volop gebeurt. Zo werkt het FPC Veldzicht veel samen met Hoeve Boschoord (onderdeel van de Stichting Trajectum). Het ministerie werkt daar ook wel aan mee, maar het gaat allemaal wel wat moeizaam. Ook de Oostvaarderskliniek werkt bij de uitstroom samen met ketenpartners (zoals met de GGZ Noord Holland Noord (m.n. lokatie Heiloo) en met Altrecht GGZ) maar ondervindt daarbij beperkingen. Zo kan de Oostvaarderskliniek niet zelf een polikliniek beginnen, terwijl poliklinische zorg, met de mogelijkheden tot langdurig volgen/monitoren van patiënten die dat biedt, een belangrijke schakel in de forensische zorgketen is. Als concreet voorbeeld van een ondervonden beperking wordt de samenwerking met de RIBW/Kwintes genoemd, waarmee men in 2009 is begonnen. De afspraak was dat in de samenwerking 50% van het personeel afkomstig zou zijn van de Oostvaarderskliniek en 50% van de RIBW. De rijkscao is echter veel beter dan de regelingen bij de RIBW, waardoor inzet van personeel van de Oostvaarderskliniek de kostprijs teveel opstuwde en de 50%-50%-verdeling onder druk kwam te staan. Nu is – uit kostenoverwegingen – de verhouding 25%-75%, terwijl dat inhoudelijk als ongewenst wordt ervaren.

Het lastige bij samenwerking is volgens de rijksklinieken dat een rijkskliniek geen gelijkwaardige positie in de samenwerking inneemt. Als rijkskliniek kan niet worden

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

overgegaan tot de oprichting van een stichting of BV waarin de samenwerking wordt vormgegeven. Daardoor zijn er andere constructies nodig zoals dienstenovereenkomsten (SLAs: service level agreements). Daarmee komt men er ook wel uit, maar het is allemaal wat omslachtig. Bovendien komt de rijkskliniek dan formeel in een ondergeschikte positie terecht (van “onderaannemer”, uitvoerder of ingehuurde), terwijl de kliniek inhoudelijk wel een grote rol in de samenwerking heeft.

Gezamenlijke programmaleiding (vanuit de kliniek en de GGZ), zoals het FPC Van Mesdag heeft, is ook alleen mogelijk als je gelijkwaardige posities inneemt. Fysieke nabijheid van de kliniek en de GGZ-instelling(en) is bij de samenwerking overigens ook van belang.

Het wetenschappelijk onderzoek is in vergelijking met andere klinieken niet echt ver ontwikkeld bij het FPC Veldzicht, maar dat ligt niet noodzakelijkerwijs aan de rijksstatus en evt. beperkingen die daaruit voortvloeien. Integendeel, het onderdeel uitmaken van VenJ (met het WODC) zou hier juist een voordeel kunnen zijn.

### *c. Personele voordelen (bijvoorbeeld t.a.v. de uitwisseling, beschikbaarheid en deskundigheid van het personeel)*

Als gevolg van de verzelfstandiging is er bij het FPC Van Mesdag meer flexibiliteit bij het aantrekken van nieuw personeel. De overstap van medewerkers van Lentis naar het FPC Van Mesdag verloopt makkelijker (maar andersom is dat lastiger vanwege verlies van aanspraken o.g.v. het sociaal plan). Er is iets meer uitwisseling van personeel tussen Lentis en het FPC dan voorheen. Er zijn meer mogelijkheden voor gezamenlijke opleidingen/scholing met Lentis en andere partners.

Vanuit de rijksklinieken wordt gesteld dat meer flexibiliteit in het personeelsbeleid dringend is gewenst. Er kan onvoldoende snel en flexibel worden gehandeld ten aanzien van het personeelsbeleid. De rijksregelingen met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden, waaronder het gratificatiebeleid, en P-Direkt (salarisadministratie) worden als beperkend ervaren. Als men een keer iets aardigs wilt doen voor een medewerker, moet men heel creatief zijn.

De reorganisatie n.a.v. de overcapaciteit is bij de Oostvaarderskliniek een omslachtige operatie. De indruk bestaat dat private klinieken daarin wat flexibeler zijn.

Verschillen in rechtspositie maken uitwisseling en detachering van personeel met en bij andere instellingen erg lastig.

De Oostvaarderskliniek is te klein om zelf als opleidingsplaats voor arts-assistenten/psychiaters te fungeren. Het zijn van een aantrekkelijke werkgever voor psychiaters en ander hoog opgeleid personeel staat onder druk door de beperkte mogelijkheden als rijksinrichting. Er is wel samenwerking met opleidingsinstituten en de beide rijksklinieken werken ook onderling samen op het terrein van opleidingen.

### *d. Geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging.*

Medewerkers van het FPC Van Mesdag zijn sinds de verzelfstandiging meer integraal inzetbaar (d.w.z. in zorg én beveiliging). Een ander voordeel is dat het FPC Van Mesdag nu

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

zelfstandig eigen transport kan regelen bij begeleid verlov. Op het terrein van de veiligheid/BHV kan men nu samenwerken met plaatselijke partners.

Flexibele inzet van personeel stuit volgens de rijksklinieken vooral op rechtspositionele beperkingen. Als voorbeeld wordt het aanpassen van werkroosters genoemd. Wijzigingen moeten (te) ver van te voren plaatsvinden (7 weken) en zijn onderhevig aan een uitgebreid bureaucratisch proces.

De Dienst Vervoer en Ondersteuning (DVO) van DJI geeft vaak niet thuis en is onvoldoende dienstverlenend ingesteld. Dit zou overigens deels kunnen worden opgelost door iets meer ruimte te creëren in het dagbudget (bijvoorbeeld voor begeleiding en bewaking van ziekenvervoer). Veiligheid/BHV is bij de rijksklinieken vooral een interne DJI-kwestie waarin niet met plaatselijke partners wordt samengewerkt.

### *8.2.2 Niet-beoogde effecten*

Als gevolg van de verzelfstandiging heeft zich bij het FPC Van Mesdag een aantal onvoorziene effecten voorgedaan (d.w.z. effecten die niet uitdrukkelijk met de verzelfstandiging zijn beoogd).

#### *SSC (algemeen)*

Tal van ondersteunende processen verlopen sinds de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag niet meer via het Shared Services Centre (SSC) van DJI, hetgeen volgens het FPC Van Mesdag de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt. Het SSC zorgt bijvoorbeeld voor de inkoop, voor het financieel beheer en financiële advisering en voor de HRM functie. De automatisering/ICT is ondergebracht bij het SSC-I van de DJI.

Vanuit de rijksklinieken wordt er op gewezen dat de rijksstatus als gevolg heeft dat de invulling van staffuncties van de rijksklinieken voor een belangrijk deel plaatsvindt vanuit DJI en vanuit andere onderdelen van VenJ, maar volgens betrokkenen gebeurt dat (met uitzondering van de inkoopfunctie) slecht. Een voorbeeld is de ontwikkeling van kennis van DBBCs bij het SSC, waarin door het SSC te weinig wordt geïnvesteerd. Bovendien zijn de staffuncties niet alleen bij het SSC en DJI ondergebracht; de rijksklinieken hebben ook te maken met de concernstaven van VenJ (zoals de Directie P&O). De stafondersteuning is daardoor niet eenduidig, men zit niet altijd op één lijn. Dat is storend en leidt tot veel bureaucratie. De ondersteuning zou eigenlijk integraal via DForZo geregeld moeten zijn. Dan nog is er geen eigen keuzevrijheid (zoals bij de private klinieken) maar het zou al een belangrijke verbetering zijn.

Specifiek ten aanzien van het SSC stellen de rijksklinieken dat het SSC er primair is voor het gevangeniswezen en niet voor zorginstellingen/behandelklinieken. Wat de rijksklinieken verwachten aan dienstverlening is “standaard” gezien vanuit de tbs-sector, maar wordt door het SSC als “maatwerk” gezien. Als rijkskliniek vraag je dus altijd om een afwijkend produkt, waarvoor dan ook nog extra moet worden betaald. Géén gebruik maken

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

van het SSC (en het zelf regelen) is veelal niet toegestaan. De Oostvaarderskliniek gaat nu overigens wel zelf een eigen applicatiebeheerder ICT inhuren. Men erkent dat ook private klinieken, zoals het FPC Van Mesdag en de Pompestichting, deel uitmaken van grotere concerns (Lentis, Pro Persona) waarin wellicht vergelijkbare vraagstukken spelen (zelf doen of regelen op concern-niveau), maar stelt dat die klinieken in principe keuzevrijheid hebben. Bij de rijksklinieken is er nauwelijks discussie mogelijk. Als rijkskliniek ben je ook niet echt klant van het SSC maar meer een “gebruiker”.

Een bijkomend probleem is dat bij de rijksklinieken medewerkers rondlopen die in dienst zijn van het SSC (en niet van de kliniek), maar die wel functioneel vanuit de kliniek moeten worden aangestuurd. Dat moet dan altijd indirect (via hun “bazen”) en dat is omslachtig. Bovendien heeft het SSC als stelregel dat SSC-ers zich niet te veel aan bepaalde inrichtingen moeten binden, en ook aanwezig moeten zijn op de eigen SSC-locaties, hetgeen leidt tot beperkte beschikbaarheid.

Voor wat betreft het financieel beheer geldt dat de rijksklinieken onderdeel uitmaken van de begroting van DJI (als onderdeel van de begroting van VenJ) met de bijbehorende systematiek. Grote investeringen worden bijvoorbeeld in één keer ten laste van de begroting gebracht in plaats van via afschrijvingen. Dat is lastig bij samenwerking met externe partijen waarbij kostprijzen moeten worden berekend. De financiële advisering door het SSC staat nog in de kinderschoenen.

### *Onderhoud gebouwen*

Het FPC Van Mesdag is sinds de verzelfstandiging eigenaar van de gebouwen en heeft nu de mogelijkheid zelf meerjarenonderhoudsplannen te maken.

De Oostvaarderskliniek kampt met problemen m.b.t. de klimaatregeling (in het nieuwe gebouw in Almere) maar zit niet zelf “aan het stuur” bij het oplossen van dat probleem. De Rijksgebouwendienst gaat immers over het gebouw, er zijn geen rechtstreekse contacten met aannemers, en het onderliggende Plan van Eisen is indertijd opgesteld door DJI. De Oostvaarderskliniek is gebruiker van het gebouw, geen huurder, waardoor het ook lastig is andere partijen op problemen aan te spreken. Men heeft een sterke voorkeur voor een situatie waarin men eigenaar (of huurder) van het gebouw zou zijn. Een verbetering (binnen de rijksstatus van gebruiker) zou zijn het creëren van een eigen budget voor klein onderhoud waarover achteraf verantwoording aan DJI wordt afgelegd. Dat zou al veel irritatie wegnemen.

Veel tbs-klinieken zoeken alternatieve bestemmingen (om overcapaciteit te kunnen aanwenden) waarvoor soms verbouw nodig is. De indruk bestaat dat verbouw bij de rijksklinieken lastiger is (door de betrokkenheid van de RGD en DJI), langer duurt en duurder is (bijv. door de 10% opslag die de RGD rekent). Dat laatste vormt weer een belemmering voor samenwerking met private partijen. De hogere kosten moeten immers wel worden doorberekend, waardoor de rijkskliniek een relatief dure partner wordt.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

### *Inkoop/leveranciers*

Het FPC Van Mesdag kent sinds de verzelfstandiging een grotere keuzevrijheid met betrekking tot inkoop/leveranciers.

De inkoopfunctie verloopt grotendeels via het SSC en soms op het hogere niveau van het ministerie als geheel. Men geeft aan dat dit onderdeel van de SSC-dienstverlening redelijk op orde is (maar wel erg afhankelijk is van de kwaliteit van de betrokken medewerkers) daar waar het gaat om goederen en diensten die niet specifiek voor tbs-klinieken zijn. “GGZ-eigen” inkoop blijft echter lastig. Als rijkskliniek moet steeds worden onderbouwd waarom men “speciale” wensen heeft. Als voorbeeld wordt de training van sociotherapeuten genoemd.

Verder speelt bij aanbesteding mee dat DJI als één organisatie wordt gezien, zodat er nauwelijks ruimte is voor eigen invulling als rijkskliniek.

### *Automatisering/ICT*

Als verzelfstandigde organisatie kent het FPC Van Mesdag meer vrijheid bij de automatisering (keuze van software en eigen ontwikkeling daarvan).

Bij de rijksklinieken acht men het in principe logisch dat sommige ICT-zaken centraal zijn geregeld, maar men zet in algemene zin vraagtekens bij de inrichting van de ICT bij het ministerie van VenJ (“slotgracht”). Het probleem is vooral dat als de private klinieken iets ontwikkelen, de rijksklinieken daarin niet mee kunnen omdat ze vastzitten aan de centrale kaders en het SSC-I. Een voorbeeld is het ontbreken van een adequate DBBC-administratie (User), waarbij de particuliere inrichtingen veelal het complete pakket ter beschikking hebben en de rijksklinieken lang moeten wachten op modules om volledige informatie te kunnen ontsluiten.

Het rijksbrede salarisadministratiesysteem P-Direkt is “traag” (in het verwerken van mutaties) waardoor in te veel gevallen voorschotten aan medewerkers moeten worden verleend. De private klinieken hebben hun eigen systemen (vaak samen met andere organisaties).

### *Alternatieve bestemmingen voor overcapaciteit*

Bij het FPC Van Mesdag kan in de verzelfstandigde situatie beter worden ingespeeld op toekomstige ontwikkelingen die voortvloeien uit het inkoopstelsel en de teruglopende capaciteit, bijvoorbeeld door de vrij komende capaciteit alternatief aanwendbaar te maken.

De rijksklinieken zijn naar eigen zeggen kwetsbaar voor de capaciteitsproblematiek omdat er maar één doelgroep mag worden bediend, nl. tbs-gestelden of omdat er strikte scheiding van doelgroepen binnen de instelling moet plaatsvinden.<sup>54</sup> Private klinieken kunnen volgens

---

<sup>54</sup> We merken hierbij op dat dit echter geldt voor alle justitiële inrichtingen, dus niet alleen voor de rijksklinieken.



hen binnen hun GGZ-omgeving makkelijker schuiven met doelgroepen. De Oostvaarderskliniek (3 jaar geleden nieuw gebouwd) staat nu voor ca. 1/3 leeg, hetgeen vanuit maatschappelijk perspectief (optimale besteding van belastinggeld) ongewenst is.

### *8.2.3 Knelpunten*

Uit de interviews met vertegenwoordigers van het FPC Van Mesdag zijn ook enkele knelpunten naar voren gekomen.

#### *Verlofbegeleiding*

Bij het FPC van Mesdag doet zich recent een capaciteitsprobleem voor bij de begeleiding van verloven. Het is niet duidelijk of dit probleem uitsluitend wordt veroorzaakt door de toename van het aantal verlofbewegingen of dat er een daadwerkelijk gebrek is aan beveiligingscapaciteit als gevolg van de verzelfstandiging.

Volgens de rijksklinieken vloeit het aantal begeleide verloven vooral voort uit het risico-management. Dat zal bij private klinieken niet anders zijn dus met verzelfstandiging heeft dat volgens hen niets te maken.

#### *Regels reservevorming*

Door het FPC Van Mesdag worden de regels met betrekking tot reservevorming als te restrictief ervaren.

Deze regels zijn voor de rijksklinieken nog sterker van toepassing (nl. maximaal 5% reservevorming ten opzichte van 10% bij de particuliere inrichtingen), zij het dat de rijksklinieken niet afhankelijk zijn van kredietverlening door de banken.

#### *FLO-verplichtingen*

Bij de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag is onvoldoende rekening gehouden met de FLO-verplichtingen. De getroffen FLO-voorziening is beduidend minder dan de daadwerkelijke verplichtingen.

De rijksklinieken kennen vergelijkbare regelingen voor vervroegde pensionering. Die werken belemmerend op het natuurlijk verloop omdat er weinig gebruik van wordt gemaakt. Financieel is een en ander wel afgedekt via de begroting van VenJ.

### *8.2.4 Overig*

In de interviews met vertegenwoordigers van de rijksklinieken zijn enkele aanvullende punten naar voren gebracht.

Als negatief effect van de rijksstatus in de sfeer van de "governance" is genoemd dat het MT van een rijkskliniek geen klankbord heeft zoals het MT van een private kliniek dat wel heeft (Raad van Toezicht). De leiding van DForZo vervult tot op zekere hoogte die rol wel, maar dat is toch niet hetzelfde.

Over de positie van de rijksklinieken en de private klinieken in het directeurenoverleg van de tbs-klinieken merkt men op dat die nauwelijks verschillend is. Inhoudelijk zit men op

één lijn (al kan het voor directeuren van rijksklinieken wel eens wat lastiger zijn bepaalde beleidsstandpunten in te nemen en actief uit te dragen vanwege de hiërarchische relatie met VenJ).

Verder is genoemd dat de rijksklinieken veel tijd kwijt zijn aan allerlei informatieverzoeken en rappels vanuit VenJ. Daarbij gaat het niet zozeer om de informatievoorziening als onderdeel van de P&C-cyclus binnen de tbs-sector, die immers voor de rijksklinieken de private klinieken ongeveer hetzelfde is. Dat geldt ook voor de inspecties (ISt, IGz) en certificering (HKZ). Wel krijgen de rijksklinieken regelmatig tussentijdse bezoeken van concernafdelingen van VenJ en van DJI (“interne VenJ-inspecties”).

### **8.3 Te trekken lessen uit de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag**

In deze paragraaf gaan we na welke lessen te trekken zijn uit de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag voor de twee overgebleven rijksklinieken. De vraag of verdere privatisering moet plaatsvinden lijkt op dit moment door de verantwoordelijke bewindslieden met “nee” te worden beantwoord, zo bleek uit de in paragraaf 2.5 aangehaalde passage uit de memorie van toelichting op het wetsvoorstel Wfz.

Het vraagstuk van verdere privatisering is vanuit verschillende perspectieven te benaderen: vanuit het perspectief van de tbs-kliniek zelf, vanuit het perspectief van de tbs-sector als geheel, en vanuit het perspectief van de ministeriële verantwoordelijkheid voor het tbs-beleid.

Bezien vanuit het *perspectief van de organisatie zelf*, is uit de voorgaande hoofdstukken duidelijk geworden dat voor het FPC Van Mesdag de verzelfstandiging grote voordelen met zich mee heeft gebracht, met name in die zin dat belemmeringen voor de bedrijfsvoering zijn weggenomen. De huidige rijksklinieken onderschrijven dat dergelijke belemmeringen in bedrijfsvoering bestaan, als gevolg van hun rijksstatus. Rijksklinieken zijn naar eigen zeggen tot op zekere hoogte “gehandicapt”. Het meest pregnant zijn de belemmeringen als gevolg van deelname aan het SSC en SSC-I en de beperkingen met betrekking tot het aangaan van samenwerkingsverbanden met partners in de keten. Vanuit beide rijksklinieken is dan ook een voorkeur voor verzelfstandiging uitgesproken. Van de zijde van het FPC Van Mesdag wordt de beide rijksklinieken verzelfstandiging warm aanbevolen. Sommige respondenten van het FPC Van Mesdag vragen zich zelfs af of de taak die tbs-klinieken hebben (zorg/behandeling) überhaupt wel goed kan worden uitgevoerd onder het regime van VenJ, gegeven de belemmeringen in de bedrijfsvoering die de rijksstatus met zich meebrengt.

Vanuit het *perspectief van de tbs-sector* (en in bredere zin de forensische zorgsector) is door een grote meerderheid van de respondenten (zowel van het FPC Van Mesdag als van het ministerie) benadrukt dat het creëren van gelijke condities belangrijk is voor het leveren een gelijk “produkt”, zeker met het oog op de invoering van het inkoopstelsel via de nieuwe

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Wfz. Daarbij gaat het om een *level playing field* tussen de verschillende FPC's onderling, maar ook om hun positie vis-à-vis (particuliere) GGZ-instellingen. De rijksklinieken zijn nu naar eigen zeggen "in het veld" een vreemde eend in de bijt; in de forensische zorg is immers 99% van de organisaties privaat. Bovendien zou volgens een enkeling het imago van de tbs-sector verder kunnen worden verbeterd indien de sector volledig geprivatiseerd zou zijn en minder geassocieerd zou worden met "gevangnissen".

Ook vanuit het ministerie is door enkele respondenten aangegeven dat het makkelijker zou zijn om te maken te hebben met één soort instelling. Daarbij wordt overigens ook opgemerkt dat met de invoering van de nieuwe Wfz de verschillen tussen particuliere klinieken en rijksklinieken kleiner zullen worden dan ze op dit moment zijn (en dat deze verschillen per 2011 al afnemen als gevolg van het nieuwe inkoopstelsel en het gebruik van zorgindicatoren). Ook het verschil (m.b.t. de aanwijzingsbevoegdheid en institutionele bevoegdheden) tussen het FPC Van Mesdag en de andere particuliere klinieken verdwijnt met de nieuwe Wfz.

Vanuit het *perspectief van de ministeriële verantwoordelijkheid* voor de uitvoering van tbs-vonnissen zijn drie aspecten van mogelijk belang voor de verzelfstandigingsvraag:

- de bevoegdheid tot aanwijzing en eventueel ingrijpen bij gebrekkig functioneren van een tbs-instelling;
- institutionele bevoegdheden ter compensatie van het "op armlengte" plaatsen van de instellingen;
- de mogelijkheid te allen tijde ook extreem moeilijke gevallen te kunnen plaatsen.

De eerste twee zaken zijn in de nieuwe Wfz geregeld (zie paragraaf 2.5), zodat daaraan geen argumenten (meer) kunnen worden ontleend om niet te verzelfstandigen. Het plaatsingsprobleem speelt op dit moment geen rol van betekenis, zo bleek uit hoofdstuk 5. De rijksklinieken nemen géén zwaardere gevallen op dan de private klinieken en hebben geen speciale status in het plaatsingsproces. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de huidige situatie er één is van overcapaciteit en in een situatie van capaciteitstekorten mogelijk wel plaatsingsproblemen ontstaan. De nieuwe Wfz kent echter een opnameplicht voor klinieken (behoudens een aantal beperkte contra-indicaties), mét een bestuurlijke boetebepaling. Als de vraag of dat instrument (opnameplicht met boetebepaling) effectief zal zijn met "ja" wordt beantwoord, lijkt er geen reden te zijn voor de instandhouding van één of twee rijksklinieken als *means of last resort*.

## 9. Slotbeschouwing

In deze slotbeschouwing wordt expliciet een antwoord gegeven op de probleemstelling van het onderzoek, die tweeledig was:

- I. Welke voorziene en onvoorziene effecten heeft de verzelfstandiging, in 2008, van het FPC Van Mesdag gehad op:
  - a. de in-/door-/uitstroom;
  - b. de samenwerking in de forensische zorgketen;
  - c. de geïntegreerde aanpak van zorg en beveiliging (risico-management);
  - d. de verhouding tussen het ministerie van VenJ en het FPC?
- II. Welke lessen zijn hieruit te trekken voor eventuele (juridische) verzelfstandiging van de rijksinrichtingen FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht?

### Effecten van de verzelfstandiging

De verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag, in 2008, moet worden gezien in het licht van het veranderingsproces bij het FPC Van Mesdag zoals dat in gang is gezet in 2000. Aan dat veranderingsproces ging een bestuurlijke crisis vooraf die is opgelost door bestuurlijke samenwerking met GGZ Groningen, het latere Lentis. De principebeslissing tot verzelfstandiging dateert ook uit die tijd, maar de daadwerkelijke verzelfstandiging heeft lang op zich laten wachten door wisselende inzichten in de politiek met betrekking tot de wenselijkheid en vormgeving van de verzelfstandiging en door weerstand bij de ondernemingsraad. De uiteindelijke verzelfstandiging brengt geen majeure wijzigingen aan in de positie van het FPC Van Mesdag binnen Lentis, deels omdat het FPC Van Mesdag expliciet als zelfstandige eenheid wordt gepositioneerd, deels omdat de feitelijke bestuurlijke inbedding in Lentis met de verzelfstandiging “slechts” wordt geformaliseerd.

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 1 en hoofdstuk 3 is de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag in 2008 te zien als een “laatste” stap in een reeds lopend proces. Het eindoordeel van het overgrote merendeel van de respondenten (zowel van de zijde van het FPC Van Mesdag zelf als van de zijde van het ministerie) over deze stap is overwegend (zeer) positief. De belangrijkste positieve effecten van de verzelfstandiging betreffen in de ogen van de respondenten het wegnemen van belemmeringen in de bedrijfsvoering en de grotere mogelijkheden tot samenwerking.

Wanneer we de beoogde positieve effecten (de beweegredenen voor de verzelfstandiging) langslopen, ontstaat het volgende beeld.

De door- en uitstroom zijn feitelijk niet verbeterd, maar daarbij moet worden aangetekend dat het verbeteren van doorstroom een lange-termijn proces is en ook afhankelijk is van externe factoren.

De verzelfstandiging heeft het mogelijk gemaakt meer (zakelijke) samenwerkingsverbanden aan te gaan met Lentis en met andere partners in de forensische zorg. De

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

verzelfstandiging heeft ook bijgedragen aan het aanstellen, in samenwerking met Lentis, van gezamenlijke programmaleiders hetgeen de integratie van forensische zorg in de tbs-sector en GGZ-sector ten goede is gekomen. Door de verzelfstandiging zijn er meer mogelijkheden gekomen voor samenwerking op onderzoeksterrein. Er is meer flexibiliteit bij het aantrekken van nieuw personeel. De overstap van medewerkers van Lentis naar het FPC Van Mesdag verloopt makkelijker (maar andersom is dat lastiger vanwege verlies van aanspraken o.g.v. het sociaal plan). Er is iets meer uitwisseling van personeel tussen Lentis en het FPC dan voorheen, maar ook hier geldt dat de belangrijkste ontwikkelingen zich waarschijnlijk op langere termijn zullen voordoen en daarmee buiten de reikwijdte vallen van deze evaluatie (die immers slechts drie jaar na dato plaatsvindt). Er zijn in de private situatie meer mogelijkheden voor gezamenlijke opleidingen/scholing met Lentis. Het FPC Van Mesdag kan op dit terrein nu ook makkelijker samenwerkingsverbanden aangaan met andere partners.

Medewerkers zijn sinds de verzelfstandiging meer integraal inzetbaar (d.w.z. in zorg én beveiliging), het FPC Van Mesdag kan nu zelfstandig eigen transport regelen bij begeleid verlof en op het terrein van de veiligheid/BHV kan men nu samenwerken met plaatselijke partners.

De verhouding tussen het FPC Van Mesdag en het ministerie is door de verzelfstandiging uiteraard ingrijpend veranderd, maar daarbij moet worden aangetekend dat de minister, zoals ook uitdrukkelijk als randvoorwaarde bij de verzelfstandiging is benoemd, op grond van de statuten aanzienlijke bevoegdheden ten aanzien van het FPC Van Mesdag heeft gehouden. Bovendien geldt dat zich, ondanks de formele wijzigingen, in de praktijk in de relatie tussen het ministerie en het FPC Van Mesdag geen grote verandering heeft voorgedaan na de verzelfstandiging.

De conclusie kan dus luiden dat de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag in redelijke mate voldoet aan de verwachtingen (voorziene effecten) die er leefden ten tijde van de beslissing tot verzelfstandiging. Definitieve uitspraken over verhoogde door- en uitstroom van patiënten en geïntensiveerde uitwisseling van personeel zijn echter op dit moment niet mogelijk.

Daarnaast heeft zich een aantal positieve effecten voorgedaan, die ten tijde van de verzelfstandigingsbeslissing niet expliciet als beoogd effect zijn genoemd maar die door de meerderheid van de respondenten als zeer belangrijk worden beschouwd. Deze effecten hebben vrijwel allemaal te maken met de bedrijfsvoering. Zo heeft het FPC Van Mesdag nu een eigen accountant waardoor de accountantscontrole beter aansluit op de organisatie. Tal van ondersteunende processen verlopen niet meer via het Shared Services Centre (SSC) van DJI, hetgeen de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt. Men heeft nu de mogelijkheid zelf meerjarenonderhoudsplannen te maken voor gebouwen. Er is een grotere keuzevrijheid met betrekking tot leveranciers, er is meer vrijheid bij de automatisering (keuze van software en eigen ontwikkeling daarvan) en er kan beter worden ingespeeld op toekomstige ontwikkelingen die voortvloeien uit het inkoopstelsel en de teruglopende capaciteit, bijvoorbeeld door de vrij komende capaciteit alternatief aanwendbaar te maken.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

Uit het onderzoek komen ook enkele knelpunten (negatieve onvoorziene effecten) naar voren: een capaciteitsprobleem bij de begeleiding van verloven (waarvan niet geheel duidelijk is of dat probleem toe te schrijven is aan de verzelfstandiging), te grote restricties voor reservevorming, en een onvoldoende FLO-voorziening.

### **Implicaties voor eventuele verzelfstandiging van het FPC Oostvaarderskliniek en/of het FPC Veldzicht**

De interviews die zijn gehouden met vertegenwoordigers van de twee rijksklinieken dienden vooral om na te gaan of door het FPC Van Mesdag genoemde belemmeringen, die met de verzelfstandiging zijn weggevallen of verminderd, ook in de perceptie van de rijksklinieken als bezwaarlijk worden ervaren. Dat bleek het geval, waarbij vooral belemmeringen voor samenwerking met externe partners en belemmeringen voor een soepele bedrijfsvoering werden aangedragen. Vanuit het perspectief van de rijksinstellingen zelf is verzelfstandiging daarom sterk aan te bevelen. Ook vanuit het perspectief van de forensische zorgsector als geheel ligt verdere verzelfstandiging voor de hand. Daarmee wordt een *level playing field* gecreëerd en vormen de twee rijksklinieken niet langer de vreemde publieke eend in een grote private bijt. Vanuit het perspectief van de ministeriële verantwoordelijkheid voor de uitvoering van tbs-opleggingen is geen eenduidig antwoord op de vraag naar de wenselijkheid van verdere verzelfstandiging te geven. De invoering van de nieuwe Wfz voorziet in aanwijzings-, ingrijpings- en andere institutionele bevoegdheden van de minister bij alle tbs-klinieken, zodat aan het ontbreken daarvan geen argumenten tegen verzelfstandiging (meer) kunnen worden ontleend. Op grond van zijn ministeriële verantwoordelijkheid dient de minister echter ook te allen tijde de mogelijkheid te hebben tbs-gestelden te plaatsen. Of de plaatsingsproblematiek een laatste argument voor behoud van één of meer rijksklinieken vormt, hangt af van het antwoord op de vraag of (ook in een eventuele situatie van capaciteitstekorten) het plaatsingsinstrument dat de nieuwe Wfz zal gaan bieden (opnameplicht met bestuurlijke boetebepaling) als voldoende effectief wordt aangemerkt.

## Geraadpleegde literatuur

- Antonio, G., *De humanisering van een justitiële organisatie: menselijke waarden als leidraad bij organisatieveranderingen. Een evaluatief onderzoek vanuit een meervoudig en reflectief perspectief*, proefschrift Universiteit voor de Humanistiek, Utrecht/Groningen, 2006.
- Brand, E.F.J.M. en A.A. van Gemmert, *Toenemende verblijfsduur in de tbs. De ontwikkeling van de gemiddelde duur in de laatste 20 jaar*, Den Haag: DJI, Ministerie van Justitie, 2009.
- Bregman, I.M. B.S.J. Wartna, *Recidive TBS 1974-2006. Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden: een tussenverslag*, Den Haag: Ministerie van Justitie/WODC, 2010.
- Brink, M., J.J. van der Wel, S.C.E.M. Hissel en C.C. Koning, *TBS in beeld. Een beschrijving van het Nederlandse tbs-stelsel*, Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek, 2006.
- Dankers, J.J. en A.A.M. van der Linden, *Naar vrijheid en verantwoordelijkheid. Veertig jaar Dr. Henri van der Hoeven kliniek*, Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, 1995.
- Dijk, E.M.H. van, *Daling opleggingen met dwangverpleging*, Memorandum 2011-1, Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2011.
- Nagtegaal, M.H., R.P. van der Horst en H.J.M. Schönberger, *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen*, Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2011.
- Oei, T.I. en M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden*, Alphen a/d Rijn: Kluwer, 2009.
- Rosendal, H., K. Ahaus, R. Huijsman, C. Raad, Ketenzorg, Maarssen: Elsevier, 2009.
- Siebering, H., "Dr. S. van Mesdagkliniek: van bajes naar forensisch psychiatrisch ziekenhuis", in: *Ontmoetingen: Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap*, 2002, nr. 8., p. 7-15.

## Geraadpleegde documenten

Naar documenten die zijn verschenen als kamerstuk, is in de voetnoten bij de hoofdtekst en in bijlage 4 direct verwezen.

### Documenten Van Mesdagkliniek/FPC Van Mesdag/Forint

- Jaarverslagen/-documenten voor de jaren 2002 tot en met 2010.
- Reglement Patiëntenraad (PR), 2002.
- Sociaal Plan Stichting FPC dr. S. van Mesdag, 2007.
- Akte houdende oprichting van de Stichting Forensische Psychiatrisch Centrum dr. S. van Mesdag gevestigd te Groningen, d.d. 27 augustus 2007.
- Capaciteitsontwikkelingsplan dr. S. van Mesdagkliniek, 2007.
- Klachtenregeling medewerkers, april 2008.
- Concept Masterplan strategische personeelsplanning, november 2008.
- Kwaliteitsbeleid 2009-2012, juni 2009.
- Missie FPC Van Mesdag/Forint, december 2009.
- Naar nieuw elan. Meerjaren Beleidsplan 2009-2012, 2009.

### Documenten Ministerie van Veiligheid en Justitie

- *Beleidskader longstay forensische zorg*, Directie Forensische Zorg, januari 2009.
- *Beleidskader plaatsing forensische zorg*, D-G Preventie, Jeugd en Sancties, Directie Sanctie- en Preventiebeleid, 2010/2011.
- *Uitgangspunten Zorginkoop Forensische Zorg 2011*, DJI, juni 2010.
- *TBS in getal 2005-2009*, DJI, juni 2010.
- *Planning & Control 2011. Handleiding Forensisch Psychiatrische Centra. Particuliere FPC*, DJI, augustus 2010.
- *Planning & Control 2011. Handleiding Forensisch Psychiatrische Centra. Rijksinrichtingen*, DJI, augustus 2010.
- *Inkoop Forensische Zorg. Handleiding*, DJI, augustus 2010.
- *In- en verkoopgids DB(B)C 2011 voor Forensische Zorg in strafrechtelijk kader*, DJI/GGZ Nederland, augustus 2010.
- *Uitvoeringsregels Forensische Zorg 2011*, DJI, september 2010.
- *Jaarplan DJI 2011*, DJI, december 2010.
- *Uitvoeringsprotocol Forensische Zorg 2011. Praktische handreiking werkwijze 2011*, januari 2011.
- *Jaarverslag DJI 2010*, DJI, maart 2011.



**Inspectierapporten en dergelijke**

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1999), *Rapportage algemeen toezichtbezoek aan de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen*, Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Rijksrecherche Openbaar Ministerie te Leeuwarden (1999), *Rapportage van onderzoek naar de integriteit onder medewerkers in de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen*, Leeuwarden.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2001), *Het algemeen toezicht op de justitiële tbs-inrichtingen in 2000*, Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003), *TBS-klinieken in beweging. Samenvattende rapportage van de algemeen-toezichtbezoeken in 2003 aan de negen TBS-klinieken*, Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008), *Follow-up toezichtbezoek aan Dr. S. Van Mesdagkliniek*, Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009), *Follow-up onderzoek TBS-klinieken: Van veilig bewaken naar veilig behandelen*, Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Inspectie voor de Sanctietoepassing (2009), *FPC Dr. S. van Mesdag. Inspectierapport Doorlichting*, Den Haag: Inspectie voor de Sanctietoepassing.

## Bijlage 1: overzicht van geïnterviewden

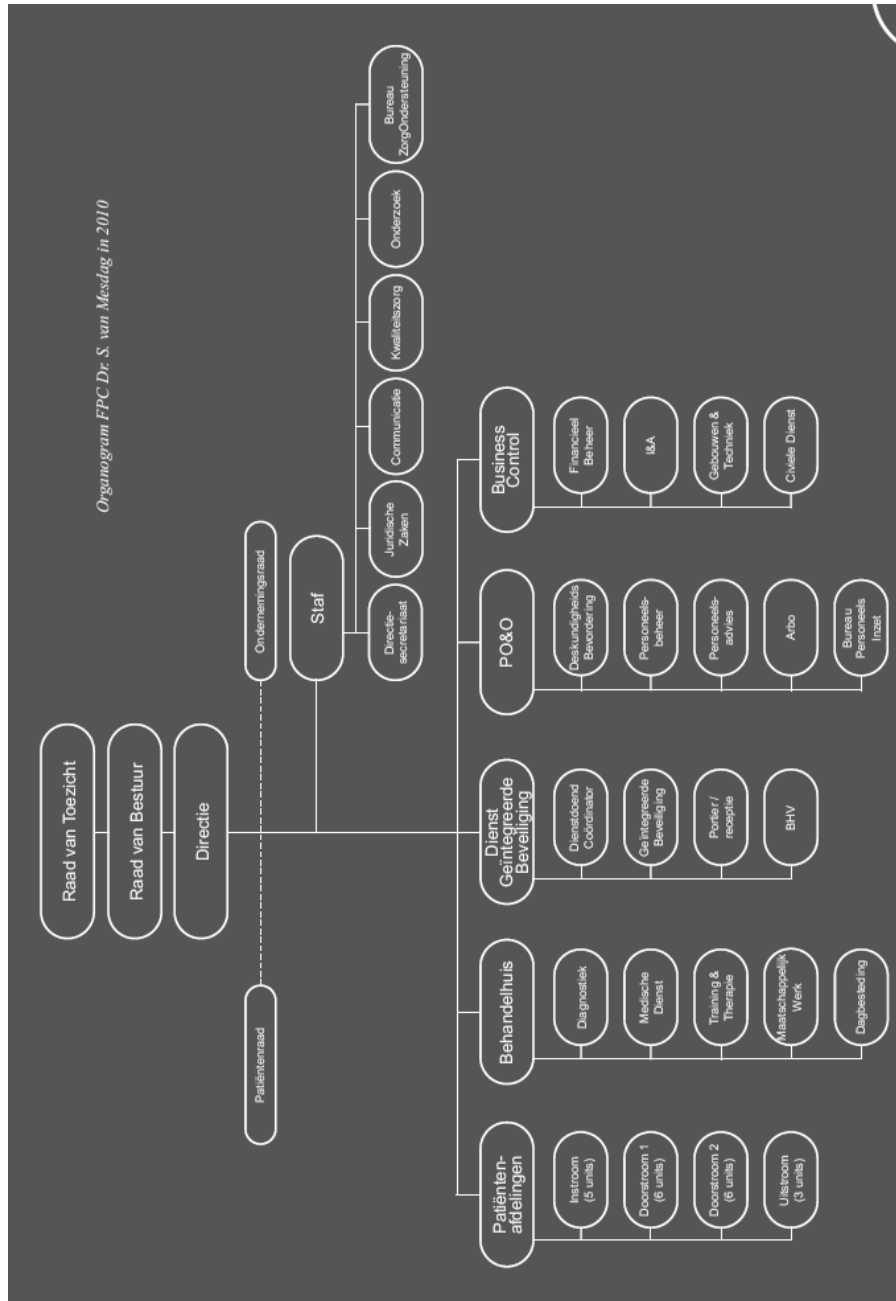
Hieronder is een overzicht opgenomen van de functies van de geïnterviewde personen. De interviews hebben plaatsgevonden in de periode januari 2011-juli 2011.

---

<i>Nr</i>	<i>Functie(s)</i>
1	Behandeldirecteur FPC Van Mesdag en zorggroep Forint (Lentis)
2	Leden Raad van Bestuur FPC Van Mesdag
3	Voorzitter patiëntenraad FPC Van Mesdag
4	Hoofd beveiliging FPC Van Mesdag
5	Algemeen directeur FPC Van Mesdag en zorggroep Forint (Lentis)
6	Projectleider verzelfstandigingstraject FPC Van Mesdag (2006-2008), Dienst Justitiële Instellingen (DJI), thans werkzaam op afdeling zorginkoop Dienst Justitiële Instellingen (DJI), VenJ
7	Leden Raad van Toezicht FPC Van Mesdag
8	Leden Ondernemingsraad FPC Van Mesdag
9	Voormalig directeur TBS en directeur Forensische Zorg, Dienst Justitiële Instellingen (DJI), VenJ
10	Coördinator TBS bij het ministerie van Justitie ten tijde van de verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag
11	Hoofd business control, FPC Van Mesdag
12	Hoofd zorginkoop, Dienst Justitiële Instellingen (DJI), VenJ
13	Manager PO&O (Personeel, Organisatie en Opleidingen), FPC Van Mesdag
14	Hoofd afdeling plaatsing Directie Forensische Zorg en coördinator plaatsing TBS (met dwangverpleging excl. longstay), Dienst Justitiële Instellingen (DJI), VenJ
15	Beleidsadviseur TBS/teamcoördinator, Directie Sanctie- en Preventiebeleid, afdeling Sancties en Reclassering, VenJ
16	Interim-directeur FPC Veldzicht, voormalig interim-directeur Oostvaarderskliniek
17	Algemeen directeur FPC Oostvaarderskliniek

---

## Bijlage 2: organigram FPC Van Mesdag/Forint



### **Bijlage 3: samenstelling begeleidingscommissie**

Prof. dr. W.J.M. Kickert (vz.)	Erasmus Universiteit Rotterdam
Drs. J.R. Mulder	Centrum voor ambulante forensische psychiatrie De Waag
Dr. J.A. Van Vliet	Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering
Dr. N.H. Tenneij	Ministerie van Veiligheid en Justitie (DJI)
Mr. A.G. van Bergen	Ministerie van Veiligheid en Justitie (DSP)
Drs. E.M.H. van Dijk	Ministerie van Veiligheid en Justitie (WODC)

## **Bijlage 4: overzicht van ontwikkelingen in beleid en wetgeving (1995-2010)**

### *IBO-I: Doelmatig behandelen (1995)*

Het eerste interdepartementale beleidsonderzoek naar de forensische psychiatrie werd uitgevoerd in 1995 (ten behoeve van de begrotingsvoorbereiding 1996) en richtte zich op het vergroten van de effectiviteit, doelmatigheid en transparantie van het tbs-beleid. Het wordt ingegeven door een sterke stijging van het aantal tbs-vonnissen. De hieruit voortvloeiende capaciteitsproblemen dacht men vooral te kunnen tegengaan door de gemiddelde behandeltermijn terug te dringen, door betere doorstroom naar vervolgvoorzieningen. De interdepartementale werkgroep adviseert een differentiatie in tarieven aan te brengen, gerelateerd aan verschillende fasen in behandeling. Verder stond het IBO-I in het teken van het systematisch registreren van relevante gegevens in de tbs-sector met het oog op toekomstige bekostigingsnormering, en de mogelijkheid van privatisering van rijksinstellingen.

### *IBO-II: Over stromen (1998)*

Dit interdepartementale onderzoek werd uitgevoerd in 1998 en richtte zich op de vraag of de gemiddelde duur van de intramurale behandeling van tbs-gestelden, gezien de alsmaar groeiende druk op de tbs-capaciteit, kon worden verkleind, zonder toename van het recidive-gevaar. De werkgroep concludeert dat reductie van de behandelduur niet mogelijk is zonder extra risico en komt met twee voorstellen: rationalisering van de sector en vergroting van de doelmatigheid. Voor wat betreft de rationalisering van de sector doet men tal van aanbevelingen gericht op centrale gegevensverzameling, wetenschappelijk onderzoek, de oprichting van een expertisecentrum en de introductie van risico-taxatie-instrumenten voor recidive. Voor wat betreft de vergroting van de doelmatigheid beveelt men – evenals IBO-I – differentiatie in tarieven aan en verdere samenwerking in zorgcircuits. Verder stelt men voor (daarin afwijkend van IBO-I) over te gaan tot aselechte plaatsing van tbs-gestelden in klinieken.

### *Verbetertraject Toekomst TBS (2001)*

Dit traject bestond uit een onderzoek van de Commissie Beleidsvisie tbs en een zestal deeltrajecten onder de noemer "TBS terecht". Het verbetertraject is op te vatten als het plan van aanpak volgend op de aanbevelingen van IBO-I en IBO-II.<sup>55</sup>

Het onderzoek van de Commissie Beleidsvisie tbs (commissie-Kosto) richtte zich op de samenwerking tussen Justitie en de GGZ. De zes deeltrajecten van TBS terecht richtten zich

---

<sup>55</sup> Niet alle aanbevelingen uit IBO-I en IBO-II zijn direct opgevolgd. Zie voor een overzicht van de implementatie van aanbevelingen uit de verschillende rapporten tot en met dat van de commissie-Houtman: Brink c.s. (2006).

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

op verbetering van de toegang tot de tbs, verbetering van de plaatsingsystematiek, verbetering van de financieringsystematiek, organisatie en bekostiging van preklinische behandeling, verbetering van de door- en uitstroom, en kwaliteitsverbetering.

### *Commissie-Houtman (2005)*

Mede naar aanleiding van de motie-Van de Beeten c.s.<sup>56</sup>, waarin de regering werd verzocht te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentaire voorzieningen, krijgt de commissie-Houtman (d.i. de interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van de zorg in een strafrechtelijk kader) als opdracht zich te buigen over overgangsproblemen tussen justitiële en zorginstellingen die resulteren uit verschillen in werkwijze, sturing en financiering. De commissie dient scenario's uit te werken voor de besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader. De commissie pleit voor een aanpak waarbij de forensische psychiatrie volledig wordt ondergebracht bij het ministerie van Justitie.

### *Vernieuwing Forensische Zorg (2006)*

In het verlengde van de aanbevelingen van de commissie-Houtman start het toenmalige kabinet op 1 maart 2006 het project Vernieuwing Forensische Zorg in strafrechtelijk kader. Dit project richtte zich op een stelselwijziging met als einddoel het verhogen van de maatschappelijke veiligheid door het realiseren van naadloze aansluiting tussen justitiële en curatieve voorzieningen. Het project is samen gaan lopen met de maatregelen die getroffen zijn naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie-Visser.

### *Commissie-Visser (2006)*

Op 16 juni 2005 besloot de Tweede Kamer, naar aanleiding van enkele incidenten met tbs-gestelden, een parlementair onderzoek in te stellen naar het tbs-beleid. Het onderzoek kende als doel 'de stand van de forensische zorg te verhelderen zodat de politiek de juiste keuzes kan maken'. Op 16 mei 2006 verscheen het eindrapport van de Tijdelijke commissie tbs-stelsel (commissie-Visser).<sup>57</sup> Na een beschrijving van een tbs-systeem en het tbs-beleid van 1996 tot 2006 en een beschouwing over risicotaxatie, doet de commissie 17 aanbevelingen op een viertal terreinen:

- aanbevelingen gericht op de uitstroom;
- aanbevelingen gericht op de uitvoering van de tbs-maatregel;
- aanbevelingen gericht op de instroom van tbs;
- aanbevelingen gericht op het systeem.

---

<sup>56</sup> Eerste Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 28 797 E.

<sup>57</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 6.

## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

### *Plan van aanpak Terbeschikkingstelling en Vernieuwing Forensische Zorg in strafrechtelijk kader (2006)*

In dit plan van aanpak werden de beoogde inhoudelijke verbeteringen in het systeem, waaronder het vergroten van de uitstroom en het beperken van de instroom samengebracht met de aanpassingen in de besturing en financiering van het tbs-stelsel. Het plan van aanpak wordt in oktober 2006 aangeboden aan de Tweede Kamer en volgt de 17 aanbevelingen van de commissie-Visser op de voet. Via een vijftal voortgangsrapportages in de periode 2006-2009 wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de implementatie van de aanbevelingen.

### *Wetsvoorstel Wet forensische zorg (Wfz, 2010)*

De maatregelen uit het Plan van aanpak vonden plaats binnen de bestaande wettelijke kaders. Het demissionaire rompkabinet Balkenende-IV dient in juni 2010 een voorstel in voor de Wet forensische zorg dat zich richt op een stelselwijziging. De doelstellingen van de Wfz zijn: de juiste patiënt op de juiste plek, het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een goede aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg. De basis voor het nieuwe stelsel is centrale inkoop, door de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie, van forensische zorg bij zorgaanbieders, gekoppeld aan indicatiestelling. De Wfz is inmiddels aan het eind van de behandeling in de Tweede Kamer en treedt naar verwachting op 1 januari 2012 in werking.

### *Regeerakkoord 2010*

In het regeerakkoord van 2010 wordt een aantal maatregelen aangekondigd voor het tbs-beleid. Instroom in de tbs wordt beperkt, longstay-afdelingen worden versoepeld evenals – in meer algemene zin – de contracten met particuliere tbs-instellingen en GGZ-instellingen. De aanwijzingsbevoegdheid van de bewindspersoon wordt vergroot.

## **Bijlage 5: aandachtspunten m.b.t. het proces van verzelfstandiging**

Hoewel dit onderzoek geen procesevaluatie inhield, zijn er tijdens de interviews met – met name – de respondenten van het FPC Van Mesdag diverse aandachtspunten (of: lessen) aandragen met betrekking tot het verzelfstandigingsproces bij het FPC Mesdag die eventueel relevant zijn bij privatisering van de overgebleven rijksklinieken. In deze bijlage geven we deze aandachtspunten kort weer, in willekeurige volgorde en zonder verdere toelichting of beschouwing:

- dat de verzelfstandiging bij het FPC Van Mesdag een succes is geweest houdt geen garantie in voor succes bij de andere instellingen. Het succes bij het FPC Van Mesdag heeft voor een belangrijk deel te maken met het enthousiasme en de gedrevenheid van de medewerkers. De verzelfstandiging van het FPC Van Mesdag is vanuit het FPC voorbereid en uitgevoerd door zeer capabele medewerkers. Voor een dergelijk proces is goed en zwaar management nodig. Het voordeel in een geprivatiseerde situatie (of een situatie waarin privatisering aanstaande is) is dat het makkelijker is capabele mensen aan te trekken;
- regel de FLO-kwestie goed (in de zin van het treffen van een toereikende voorziening in de openingsbalans), want als je dat niet doet kan het je faillissement betekenen. Zorg voor voldoende financieel weerstandsvermogen;
- maak goede afspraken over hoe wordt omgegaan met de gebouwen (onderhoud e.d.). Vermijd bouwprojecten met de Rijksgebouwendienst vlak voor de verzelfstandiging;
- zorg dat er een goed sociaal plan ligt en maak goede afspraken over de pensioenoverdracht. Binnen het FPC Van Mesdag is veel kennis opgebouwd over het overzetten van pensioenen en ook over de conversie van rijks- naar particuliere arbeidsvoorwaarden. Het FPC Van Mesdag kan de rijksklinieken hierin adviseren bij een eventuele verzelfstandiging;
- laat het verzelfstandigingsproces niet te lang duren want anders ontstaat er periode met onrust in de organisatie waarbij meerdere partijen krediet en geloofwaardigheid kunnen verliezen. Ook ontstaat bij een zich te zeer voortslepend proces het risico dat bekwame mensen hun heil elders zoeken;
- stel direct een collegiale directie in: een behandeldirecteur en een algemeen directeur die gelijkwaardig leiding geven. Behandeling moet in rijksklinieken centraal komen te staan en daarom moet de behandeldirecteur bovenin de organisatie zitten;
- er moet gebouwd kunnen worden op reeds bestaande samenwerking tussen de instelling en de GGZ-sector. Idealiter maakt de instelling al deel uit van een regionaal forensisch circuit, ondanks een eventuele ongunstige geografische ligging, zoals in het geval van FPC Veldzicht. Zorg dat je onderdeel bent van een groter geheel, dat vermindert de kwetsbaarheid. Instellingen die deel uitmaken van een groter forensisch



## Evaluatie verzelfstandiging FPC Van Mesdag

zorgcluster kunnen gezamenlijk ook makkelijker voldoen aan allerlei informatievragen van het ministerie.



