



Inspectie voor de Sanctietoepassing  
*Ministerie van Justitie*

**FPC Dr. S. van Mesdag**

Inspectierapport  
Doorlichting

Datum      juli 2009



## Colofon

### Afzendgegevens

### **Inspectie voor de Sanctietoepassing**

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

### **Erfgoedinspectie**

Hoftoren  
Rijnstraat 50  
2511 VE Den Haag  
Postbus 16478  
2500 BL Den Haag  
[www.erfgoedinspectie.nl](http://www.erfgoedinspectie.nl)



## Inhoud

Colofon — 3
Voorwoord — 7
Samenvatting — 9

<b>1</b>	<b>Inleiding — 13</b>
1.1	Aanleiding en doel — 13
1.2	Reikwijdte van de doorlichting — 13
1.3	Toetsingskader — 13
1.4	Opzet — 14
1.5	Objectbeschrijving — 14
1.6	Recent onderzoek — 15
1.7	Leeswijzer — 16
<b>2</b>	<b>Rechtspositie en bejegening — 17</b>
2.1	Informatie- en hoorplicht — 17
2.2	Controle en geweldgebruik — 18
2.3	Bewegingsvrijheid binnen het fpc — 19
2.4	Contact met de buitenwereld — 20
2.5	Verzorging, activiteiten en arbeid — 21
2.6	Disciplinaire straffen en maatregelen — 22
2.7	Omgang met tbs-gestelden — 23
2.8	Functioneren bemiddelings- en beklagprocedure — 24
2.9	Medezeggenschap — 25
2.10	Verlenging van de tbs met verpleging — 26
2.11	Longstay-plaatsing — 27
2.12	Conclusie — 27
<b>3</b>	<b>Interne veiligheid — 29</b>
3.1	Interne veiligheidsvoorzieningen — 29
3.2	Bestrijding drugsgebruik — 30
3.3	Bestrijding onderlinge agressie — 31
3.4	Integriteit — 32
3.5	Conclusie — 33
<b>4</b>	<b>Maatschappijbeveiliging — 35</b>
4.1	Materiële beveiliging tegen ontvluchtingen — 35
4.2	Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij — 36
4.3	Conclusie — 39
<b>5</b>	<b>Organisatieaspecten — 41</b>
5.1	Personeelsmanagement — 41
5.2	Communicatie — 42
5.3	Conclusie — 44
<b>6</b>	<b>Archiefbeheer — 45</b>
6.1	Doel en achtergrond — 45
6.2	Werkwijze — 45
6.3	Organisatie en reikwijdte Archiefwet — 45
6.4	Sturing en beleid — 46
6.5	Toegankelijkheid, bestandsoverzichten — 48
6.6	Bewaring en vernietiging, overbrenging — 49

6.7	Archiefoverdracht en archiefruimten — 50
6.8	Conclusie — 50

**7 Slotbeschouwing — 53**

Bijlage 1	Aanbevelingen — 55
Bijlage 2	Afkortingen — 57
Bijlage 3	Bronnen — 59
Bijlage 4	Inspectieprogramma — 61
Bijlage 5	Geografische ligging — 62

## Voorwoord

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) heeft in mei 2009 een doorlichting uitgevoerd bij het Forensisch Psychiatrisch Centrum (fpc) Dr. S. van Mesdag. Gelijktijdig heeft de Erfgoedinspectie onderzoek gedaan naar het archiefbeheer binnen het fpc.

De Mesdagkliniek heeft de afgelopen jaren ingrijpende veranderingen doorgemaakt, met name rond de verzelfstandiging van een rijksinrichting tot een particuliere justitiële instelling.

De ISt constateert dat het fpc voor het overgrote deel voldoet aan de criteria die de Inspectie bij een doorlichting hanteert. De rechtspositie van tbs-gestelden is over het algemeen voldoende gewaarborgd. Het fpc kan beschouwd worden als een veilige kliniek, al is verbetering op een aantal punten zeker mogelijk. Op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet de kliniek over nagenoeg de hele linie. De kliniek is ondernemend waar het gaat om samenwerking met externe partijen om de resocialisatiefase van tbs-gestelden vorm te geven.

De Erfgoedinspectie komt eveneens tot een overwegend positieve conclusie. Het archiefbeheer is in het algemeen op orde. Binnen het fpc is er continue aandacht voor kwaliteit en verbetering van de informatiehuishouding.

Beide Inspecties sluiten hun rapportage af met een aantal aanbevelingen.

De doorlichting van de Mesdagkliniek maakt deel uit van een ronde van doorlichtingen door de ISt van alle fpc's in Nederland. De ISt zal daar medio 2009 mee gereed zijn.

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

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

mr. W.F.G.Meurs  
Hoofdinspecteur ISt

mw. drs. S.E.B. Siregar  
directeur Erfgoedinspectie





## Samenvatting

De ISt heeft in mei 2009 het FPC Dr. S. van Mesdag in Groningen doorgelicht op basis van het toetsingskader voor forensisch psychiatrische centra van oktober 2008.

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

De Mesdagkliniek heeft 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. Dit is op 1 januari 2008 geëffectueerd. 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 komen te staan.

FPC Dr. S. van Mesdag is sinds juni 2008 een HKZ-gecertificeerde instelling. De uitvoering van de primaire processen is grotendeels op orde en de werkprocessen zijn doorgaans goed beschreven. De borging vraagt nog om aandacht.

### **Rechtspositie en bejegening**

Met betrekking tot het aspect rechtspositie en bejegening voldoet de kliniek overwegend tot volledig op de meeste van de onderscheiden elf criteria. Daarop zijn enkele uitzonderingen als het gaat om de uitvoering. Er zijn regelmatig vertragingen in de vaststelling van behandelplannen en er zijn wachttijden voor het volgen van therapieën en trainingen. Wat betreft de beklagafhandeling worden wettelijke termijnen aanmerkelijk overschreden. De borging van de bemiddelings- en beklagprocedure voldoet eveneens in beperkte mate, de doorlooptijden van de verschillende processtappen worden niet gemonitord.

Op het gehele terrein van rechtspositie en bejegening kan de kliniek met het monitoren en periodiek evalueren van werkprocessen aanzienlijke verbeteringen behalen die de borging ten goede komen.

### **Interne veiligheid**

Zowel de inrichtingsmedewerkers als de tbs-gestelden voelen zich veilig in de Mesdagkliniek.

Het bedrijfshulpverleningsbeleid van de kliniek is op orde. In de afgelopen jaren zijn al veel bouwkundige aanpassingen gedaan om de brandveiligheid op orde te brengen. In de loop van dit jaar zullen nog een aantal ingrijpende verbouwingen op de verblijfsafdelingen plaatsvinden. Het gebruik van drugs en alcohol wordt binnen de kliniek bestreden. Alcohol- en drugscontroles worden regelmatig afgenomen en kamercontroles worden uitgevoerd. Wel heeft de ISt moeten vaststellen dat er voor kamercontroles geen systeem beschikbaar is, waardoor het mogelijk is dat een kamer nooit gecontroleerd wordt op contrabande. Uitslagen van alcohol- en drugscontroles worden bijgehouden door de Medische Dienst. Er wordt geen uitsplitsing gemaakt naar afdeling of unit. De effectiviteit van het drugsbestrijdingsbeleid kan daardoor onvoldoende worden vastgesteld.

Agressie door tbs-gestelden komt weinig voor. Alhoewel fysieke agressiebeheersing is voorbehouden aan de medewerkers van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging geeft

de ISt in overweging om sociotherapeuten de gelegenheid te bieden de geleerde vaardigheden uit de basistraining mentaal-fysieke weerbaarheid te onderhouden. Integriteitskwetsies zijn regelmatig onderwerp van bespreking in de kliniek. Het integriteitsbeleid, de grenzen van datgene wat in de omgang tussen personeel en medewerkers niet is toegestaan is echter onvoldoende vastgelegd.

### **Maatschappijbeveiliging**

De materiële en technische beveiliging van de kliniek voldoen. Verder zijn er de nodige protocollen voor werkprocessen die in verband met de beveiliging relevant zijn. Er is een toegangsregeling voor patiënten en bezoekers, bij binnenkomst van de kliniek moeten zij piepvrij een metaaldetectieapparaat passeren en hun bagage wordt doorgelicht. Ambtelijke bezoekers en kliniekmedewerkers worden niet gecontroleerd.

Het verlofbeleid van de kliniek is helder. De kliniek heeft op overzichtelijke wijze de procedures vanaf de aanvraag van verlofmachtigingen tot en met de uitvoering van verloven vastgelegd. In de uitvoering zijn verbeteringen te realiseren. De totstandkoming van een aanvraag verlofmachtiging beslaat veel tijd. Er is geen uniforme checklist voor de voorbespreking van verlof en geplande verloven gaan regelmatig niet door. Als de kliniek de verschillende processtappen gaat monitoren kunnen op basis daarvan verbeteringen worden aangebracht.

### **Organisatieaspecten**

Het personeelsmanagement in de kliniek is grotendeels op orde. Er zijn geen grote problemen met het vervullen van vacatures en de kliniek anticipeert op mogelijk toekomstige arbeidsmarktproblemen. Wel is het zo dat het verloop onder behandelcoördinatoren groot is. Over de scholingsfaciliteiten is het personeel tevreden en het ziekteverzuim is afgezet tegen de sector relatief laag.

Voortgangsgesprekken vinden vrijwel met iedereen plaats. Sociotherapeuten geven aan dat zij een hoge werkdruk ervaren, dit signaal heeft nog niet tot een integrale actie voor de gehele kliniek geleid.

De kliniek beschikt over een op schrift gestelde communicatiestructuur. In de uitvoering is er een grote verscheidenheid in de wijze waarop daar mee omgegaan wordt. Dit geldt zowel voor medewerkers- als patiëntgebonden overleg. Tbs-gestelden worden soms in hun belangen geschaad omdat voor de behandelingsvoortgang noodzakelijke informatie niet, te laat of onjuist wordt aangeleverd.

In 2007 is onder medewerkers een tevredenheidsonderzoek afgenomen. De uitkomst daarvan heeft geleid tot de instelling van werkgroepen, o.a. een werkgroep die verbetering van communicatie in de kliniek als inzet had.

### **Archiefbeheer**

Het archiefbeheer is in het algemeen op orde. Mede door de besturingssystematiek (beleidsvorming, kwaliteitsmanagement) is er een continue aandacht voor de kwaliteit en verbetering van de informatiehuishouding. Met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling voor de archieven van vóór 2008, het selectie-instrumentarium en de overbrenging moeten verbeteringen aangebracht worden.

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

### **Aanbevelingen**

*De ISt beveelt FPC Dr. S. van Mesdag het volgende aan:*

- Bezie hoe de wachttijden voor trainingen en therapieën zoveel mogelijk beperkt kunnen worden.

- Draag zorg voor het tijdig toesturen van verweerschriften aan het secretariaat van de cvt.
- Voer een systeem van periodieke kamercontroles op contrabande in.
- Leg vast welke gedragingen van medewerkers ten opzichte van tbs-gestelden vanuit een oogpunt van integriteit onwenselijk zijn en borg dit beleid door het periodiek te evalueren en zonodig bij te stellen.
- Voer voor de kliniek een uniforme checklist in ten behoeve van de voorbespreking van verlof.
- Analyseer en evalueer de uitval van verloven.
- Analyseer de huidige formele communicatie binnen de kliniek, beoordeel deze op doelmatigheid en effectiviteit en stel deze zonodig bij.

*De Erfgoedinspectie beveelt FPC Dr. S. van Mesdag het volgende aan:*

- Maak formele afspraken met DJI over de verantwoordelijkheid voor het Mesdag-archief tot 2008 en over de te nemen inhaalacties met betrekking tot de vernietiging, de bewaring en de overbrenging van archief.
- Ga uit van een integrale visie op de informatiehuishouding en integreer in de bestaande, te koppelen overzichten ten minste de digitale informatiebestanden die archiefbescheiden bevatten.



## 1 Inleiding

### 1.1 Aanleiding en doel

#### **Aanleiding**

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) houdt toezicht op de sanctietoepassing in Nederland. Zij doet dit onder meer door forensisch psychiatrische centra (fpc's) met een zekere regelmaat op hun functioneren te beschouwen. FPC Dr. S. van Mesdag<sup>1</sup>, is een particuliere inrichting voor tbs-gestelden. De ISt heeft de kliniek nog niet eerder doorgelicht. De Erfgoedinspectie heeft aan deze doorlichting deelgenomen om inzicht te verkrijgen over de wijze waarop de kliniek het beheer van (archief)bestanden organiseert.

#### **Doel**

Het doel van de doorlichting is te bezien hoe het in de kliniek is gesteld met de rechtspositie van tbs-gestelden, de veiligheid en daarmee samenhangende organisatieaspecten. Aan de hand van haar oordeel doet de ISt verbetervoorstellen in de vorm van aanbevelingen. Specifiek bij deze inspectie wordt, zoals gemeld, ook aandacht besteed aan het archiefbeheer in de Mesdagkliniek.

### 1.2 Reikwijdte van de doorlichting

De Mesdagkliniek is een particuliere justitiële instelling gevestigd nabij het centrum van de stad Groningen. De kliniek biedt plaats aan 230 tbs-gestelden. Het fpc omvat naast de gesloten inrichting ook enkele transmurale voorzieningen. De ISt heeft de transmurale voorzieningen in de doorlichting betrokken.

### 1.3 Toetsingskader

Voor de doorlichting heeft de ISt het standaard toetsingskader voor fpc's gebruikt. Dit toetsingskader is gebaseerd op (inter-) nationale wet- en regelgeving.<sup>2</sup> Het toetsingskader omvat de aspecten rechtspositie en bejegening van tbs-gestelden, interne veiligheid, maatschappijbeveiliging en organisatie. Deze aspecten geven, in samenhang, een goed beeld van de stand (en gang) van zaken in een fpc vanuit het perspectief van de ISt.<sup>3</sup>

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

De ISt formuleert haar oordeel in de volgende vier waarderingen:

<sup>1</sup> In het rapport zal het FPC DR. S. van Mesdag voor de leesbaarheid ook wel worden aangeduid als de Mesdagkliniek.

<sup>2</sup> Zie voor het volledige toetsingskader de ISt website ([www.inspectiesanctietoepassing.nl](http://www.inspectiesanctietoepassing.nl)), waar het als bijlage bij het inspectierapport is gevoegd.

<sup>3</sup> De ISt houdt geen toezicht op de uitvoering van de zorgwetgeving.

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

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

## 1.4 Opzet

### Methode

Ten behoeve van een doorlichting verzamelt de ISt feitelijke gegevens door documentonderzoek, observaties in het fpc en interviews met betrokkenen bij het fpc. Daartoe is het toetsingskader dat de ISt hanteert uitgewerkt in een aantal gestructureerde vragen- en checklijsten. De gegevens die de ISt hiermee verzamelt worden vervolgens afgezet tegen de normen en verwachtingen in het toetsingskader en leiden tot een beoordeling van de te toetsen criteria.

De doorlichting van FPC Dr. S. van Mesdag is uitgevoerd door drie inspecteurs van de ISt gedurende drie dagen en een inspecteur van de Erfgoedinspectie gedurende één dag. Zie bijlage 4 voor het volledige inspectieprogramma van de doorlichting.

### Tijdpad

Op 31 maart 2009 heeft de ISt de doorlichting formeel aangekondigd. De doorlichting is van 12 tot en met 14 mei 2009 uitgevoerd. De directie heeft op 22 juni 2009 de conceptversie van het inspectierapport voor wederhoor op de feitelijke bevindingen voorgelegd gekregen. De ISt heeft de wederhoorreactie op 7 juli 2009 ontvangen. Op 13 juli 2009 heeft de hoofdinspecteur het inspectierapport vastgesteld en aangeboden aan de staatssecretaris van Justitie.

## 1.5 Objectbeschrijving

FPC Dr. S. van Mesdag is op 1 januari 2008 van rijksinrichting verzelfstandigd tot een particuliere justitiële stichting. Het bestuur van FPC Dr. S. van Mesdag vormt een personele unie met het bestuur van Lentis, instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Lentis bestaat uit vijf zorggroepen, waarvan Forint de zorggroep is voor forensische en intensieve geestelijke gezondheidszorg. Binnen Forint functioneren zelfstandige rechtspersonen, waaronder FPC Dr. S. van Mesdag. De directie van de Mesdagkliniek vormt een personele unie met de directie van Forint. Doel van zorggroep Forint is door samenwerking de transmurale forensische zorgketen uit te bouwen, doorstroom te bevorderen en kennis en ervaring te ontwikkelen en bundelen.

De organisatie van FPC Dr. S. van Mesdag is gemodelleerd naar het primaire proces waarbinnen de zorgprogrammering centraal staat. De kliniek onderscheidt vier zorgprogramma's; Persoonlijkheidsstoornis, Psychotische kwetsbaarheid, Seksueel Grensoverschrijdend gedrag en Autisme spectrum stoornis. Het zorgprogramma is leidend voor de behandeling en het programma dat de patiënt volgt tijdens zijn verblijf in de kliniek. De kliniek is onderverdeeld in vier afdelingen: Instroom, Doorstroom I, Doorstroom II en Uitstroom. Iedere afdeling omvat meerdere woonunits. Tabel 1 geeft een overzicht van de soorten afdelingen en de capaciteit.

Het FPC Dr. S. van Mesdag kent als gebouw een lange historie. Het oorspronkelijke gebouw dateert uit 1882 en is gebouwd als gevangenis. In 1952 kreeg het tevens

de bestemming 'Noodasiel voor psychopaten'. Vanaf 1962 was het alleen nog bestemd voor tbs-patiënten en kreeg de kliniek de naam 'Dr. S. van Mesdagkliniek'. Eind jaren zestig en halverwege de jaren negentig zijn er omvangrijke aanbouw- en verbouwprojecten gerealiseerd om het complex aan te passen aan de eisen van de tijd. De oude gevangenis, die inmiddels tot monument is bestempeld, is geïntegreerd in het gehele complex dat door muren en hekken en deels door een gracht wordt omringd. Het voormalige naastgelegen Huis van Bewaring Groningen is door het FPC aangekocht om er nieuwbouw te gaan plegen. Het front van dat gebouw is bewaard gebleven, de rest is inmiddels gesloopt. Buiten de hekken zijn twee voormalige dienstwoningen bestemd tot transmurale voorzieningen. In de stad Groningen beschikt de kliniek ook nog over enkele transmurale wooneenheden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de capaciteit en de bezetting van de kliniek op 1 april 2009. In de Mesdagkliniek worden enkel mannelijke tbs-gestelden opgenomen.

**Tabel I Capaciteit en bezetting FPC DR. S. van Mesdag (1-4-2009)**

Afdeling	Zorgprogramma	Unit	Plaatsen
Instroom	Persoonlijkheidsstoornis	Dollard 1	11
	Psychotische Kwetsbaarheid	Dollard 2	11
	VIC afdeling	Eems 1, 2 en 3	14
Doorstroom 1	Persoonlijkheidsstoornis	Marne 2	60
		Hunze 1 en 2	
		Lauwers 2	
	Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag	Marne 1	
Doorstroom 2	Psychotische kwetsbaarheid	Reitdiep 1 en 2	47
		Hoornseplas 1	
		Zuiderdiep	
	Autistische spectrum stoornis	Lauwers 1	12
Uitstroom	Psychotische Kwetsbaarheid	Zuiderdiep 1 en 2, Toets	35
	Persoonlijkheidsstoornis	Resoc	10
	Transmurale Voorzieningen	TMV	14
<b>Totaal</b>			<b>214</b>

Op 1 april 2009 bedroeg de personele formatie 440 fte.

Over 2008 en het eerste kwartaal van 2009 zijn drie, respectievelijk twee piketmeldingen gedaan. Het betrof in 2008 een ontvluchting, een onttrekking en een geweldsincident buiten de inrichting. In 2009 ging het om het aantreffen van contrabande, waaronder kinderporno bij een aantal patiënten en om een geval van fysieke agressie naar een personeelslid.

## 1.6 Recent onderzoek

In de afgelopen vier jaar is FPC Dr. S. van Mesdag door verschillende instanties onderzocht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) legde in juli 2005 een algemeen toezichtbezoek af gevolgd door een follow-up toezichtbezoek in november 2007 (IGZ, juni 2008). In november 2007 werd de kliniek bezocht in het kader van het themaonderzoek Brandveiligheid bij Justitiële Inrichtingen (VROM, 2008) dat gezamenlijk door de Arbeidsinspectie, Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, VROM Inspectie en de Ist is uitgevoerd. In 2008 heeft de Ist onderzoek gedaan naar de werkwijze van de commissies van toezicht (cvt's) bij justitiële inrichtingen (Ist, januari 2009). De cvt van FPC Dr. S. van Mesdag is toen mede onderzocht.

FPC Dr. S. van Mesdag is sinds 10 juni 2008 een HKZ-gecertificeerde instelling. HKZ staat voor Harmonisatiemodel Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector en is bedoeld voor kwaliteitstoetsing aan normen die specifiek zijn opgesteld voor instellingen voor zorg en welzijn. In oktober 2008 heeft in het kader van de recertificering een audit plaatsgevonden. Geconcludeerd wordt dat het kwaliteitsmanagementsysteem nog pril en in ontwikkeling is maar dat bevindingen effectief opgepakt worden.

## **1.7 Leeswijzer**

De hoofdstukken een tot en met vijf behandelen ieder een aspect uit het toetsingskader van de ISt: rechtspositie en bejegening, interne veiligheid, maatschappijbeveiliging en organisatieaspecten. De hoofdstukken zijn onderverdeeld in paragrafen die corresponderen met de criteria uit het toetsingskader van de ISt. Elke paragraaf beschrijft eerst de strekking van het betreffende criterium. Vervolgens komen de relevante bevindingen van de ISt aan de orde. Elke paragraaf sluit af met het inspectieoordeel. Waar dat van toepassing is, doet de Inspectie aanbevelingen. Elk hoofdstuk eindigt met een conclusie. Hoofdstuk zes gaat in op het onderzoek dat door de Erfgoedinspectie is uitgevoerd. Het rapport sluit af met een korte slotbeschouwing.



## 2 Rechtspositie en bejegening

Dit hoofdstuk beschrijft in hoeverre FPC Dr. S. van Mesdag voldoet aan de inspectiecriteria met betrekking tot de rechtspositie en de bejegening van de tbs-gestelden. Achtereenvolgens wordt ingegaan op:

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

Het hoofdstuk sluit af met een conclusie.

### 2.1 Informatie- en hoorplicht

#### **criterium**

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

#### **Bevindingen**

De kliniek heeft het introductieproces van nieuwe tbs-gestelden vastgelegd in een procesbeschrijving die onderdeel is van het digitale kwaliteitshandboek van de kliniek. In het digitale kwaliteitshandboek zijn alle procesbeschrijvingen voor het primaire proces opgenomen.

In de huisregels (vastgesteld in 2007 en laatstelijk geactualiseerd in april 2009) die zijn gebaseerd op de ministeriele regeling Model huisregels justitiële TBS-inrichtingen zijn de afspraken vastgelegd waaraan patiënten én personeel zich moeten houden. Daarnaast omschrijft het document het gewenste gedrag en de gewenste cultuur in de kliniek

Voorafgaand aan de opname in de kliniek bezoekt een medewerker van de afdeling Instroom de tbs-gestelde in detentie om hem te informeren over de gang van zaken in de kliniek en om een inschatting te maken op welke unit de patiënt het beste geplaatst kan worden. Bij dat bezoek krijgt de tbs-gestelde schriftelijke informatie over de kliniek uitgereikt. Eenmaal opgenomen op een van de Instroomunits volgt de patiënt het Entreeprogramma dat zes weken duurt en waarin de feitelijke introductie en kennismaking plaatsvindt. De sociotherapeuten houden een checklist bij van de gevolgde onderdelen van het introductieprogramma. Onderdeel van de introductie is het beschikbaar stellen van de huisregels. In aanvulling op de kliniekbrede huisregels ontvangen de tbs-gestelden specifieke unitregels. De unitregels kunnen per afdeling, maar ook onderling verschillen. Het ligt in de bedoeling om daar waar regels niet zorgprogramma-afhankelijk zijn, deze meer te gaan uniformeren.

De ISt constateert op basis van de gevoerde gesprekken dat wanneer een maatregel wordt opgelegd, de tbs-gestelde wordt gehoord en dat hij daarbij tevens uitleg krijgt over wat de maatregel inhoudt en hoe hij hiertegen een beklag kan indienen.

### **Oordeel**

Het beleid met betrekking tot de informatie- en hoorplicht van tbs-gestelden, alsmede de uitvoering en borging voldoen aan de normen en verwachtingen van de Inspectie.

## **2.2**

### **Controle en geweldgebruik**

#### **Criterium**

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

#### **Bevindingen**

FPC Dr. S. van Mesdag heeft zijn beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen vastgelegd in de beleidsnotitie 'gedwongen herstellen' die nog dateert uit 2002. De directie is bezig met een actualisatie hiervan. De notitie beschrijft de situaties waarbij een patiënt in zijn vrijheid kan worden beperkt en welke fysieke dwang daarbij toegepast mag worden. In de notitie zijn naast wettelijke kaders en protocollen de taken en bevoegdheden van betrokken functionarissen omschreven. Aanvullend zijn er werkinstructies en protocollen beschikbaar, deze zijn grotendeels vastgesteld in november 2005.

De kliniek kiest ervoor alleen medewerkers van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging (DGB) in te zetten voor het gebruik van geweld en vrijheidsbeperkende middelen. Dit geldt ook voor deelname aan het interne calamiteitenteam. De medewerkers DGB zijn hiertoe opgeleid en hun vaardigheden worden regelmatig getraind. De directie is van mening dat het beter is een beperkte groep goed te trainen dan alle medewerkers beperkt. De socio-therapeuten hebben een de-escalerende rol bij de toepassing van dwangmiddelen. De sociotherapeuten krijgen in het begin van hun aanstelling een basistraining fysiek-mentale weerbaarheid, deze vaardigheden worden daarna niet meer middels periodieke trainingen onderhouden. Enkele medewerkers gaven aan daar wel behoefte aan te hebben.

Incidenten waarbij geweld is gebruikt worden steevast na afloop geëvalueerd met alle direct betrokkenen. Registratie gebeurt middels verslagen en MIP/MAG-meldingen. In de tweewekelijkse commissie 'voorbehouden beslissingen' wordt onder meer het separatiebeleid besproken en gevolgd. Het hoofd DGB houdt van zijn medewerkers het aantal gevolgde trainingen en opleidingen bij.

### **Oordeel**

Het beleid rond controle en geweldgebruik voldoet overwegend omdat het beleid is vastgelegd in werkinstructies en in een beleidsnotitie die deels gedateerd zijn. FPC Dr. S. van Mesdag perkt de grondrechten van de tbs-gestelden niet onnodig in. Het eventuele gebruik van fysieke dwang geschiedt deskundig en is proportioneel. De uitvoering van het gebruik van geweld voldoet aan de normen en verwachtingen

van de ISt. De borging voldoet overwegend, incidenten worden geëvalueerd en gevolgde opleidingsdagen worden geregistreerd. Er vindt echter geen periodieke evaluatie plaats van beschreven beleid.

### **Aanbeveling**

Actualiseer het beleid en de werkinstructies ten aanzien van vrijheidsbeperkende middelen en draag zorg voor een periodieke evaluatie daarvan.

## **2.3 Bewegingsvrijheid binnen het fpc**

### **criterium**

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

### **Bevindingen**

De huisregels beschrijven de bewegingsvrijheid binnen de kliniek en voldoen in dit opzicht aan de wettelijke vereisten. In de afdelingsregels wordt de bewegingsvrijheid nader gespecificeerd.

De patiënten zijn voor het dagprogramma door de week van 07.30 uur tot 21.45 uur uitgesloten. In het weekend worden de patiënten pas om 11.00 uur uitgesloten en is de insluitijd 's avonds om 20.15 uur. Patiënten en personeel geven aan dat het voor een beperkte groep moeilijk of onwenselijk is om in het weekend zo laat uitgesloten te worden. Voor het merendeel is het niet bezwaarlijk omdat zij toch uitslapen of zichzelf kunnen vermaken op hun kamer.

De mate van bewegingsvrijheid hangt af van de afdeling waar men verblijft en van de afspraken die de individuele behandelplannen daarover bevatten. Buiten de activiteiten- en therapieblokken mogen de patiënten die geen bijzondere beperkingen hebben in hun bewegingsvrijheid zich ook vrij in de binnentuinen of op wandelplaatsen bewegen. Wel moeten zij van tevoren toestemming vragen als zij patiënten op een andere afdeling willen bezoeken. De tbs-gestelden vinden dat zij voldoende mogelijkheden hebben voor contact met medepatiënten.

De FPC Dr. S. van Mesdag heeft drie Very Intensive Care afdelingen, met elk plaats voor maximaal zes patiënten (Eems 1, 2 en 3) voor Zeer Intensieve Specialistische Zorg (ZISZ). Op het moment van de inspectie was Eems 1 gesloten omdat deze verbouwd wordt tot crisisafdeling. Op de ZISZ-afdeling verblijven de zogenaamde Risico Interventie Patiënten (RIP). Dat zijn extreem beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden. De kliniek heeft tien plaatsen voor deze doelgroep.

Patiënten op deze afdelingen hebben een programma dat voldoet aan het wettelijk minimum van vier uur per dag tenzij zij hier op grond van een maatregel die door de directie is opgelegd, in beperkt worden. Plaatsing op deze afdeling kan alleen na hoorings- en beslissing tot plaatsing door het (plaatsvervangend) Hoofd van de inrichting. Het verblijf op deze afdelingen wordt elk half jaar geëvalueerd. De verblijfsduur varieert van enkele maanden tot zelfs vier jaar.

De commissie van toezicht heeft in 2008 één klacht ontvangen over de plaatsing op de ZISZ-afdeling.

Uit het patiënttevredenheidsonderzoek van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging uit 2007 komt naar voren dat het merendeel van de patiënten tevreden is over de bewegingsvrijheid in de kliniek.

### **Oordeel**

De bewegingsvrijheid van tbs-gestelden in FPC Dr. S. van Mesdag voldoet aan de gestelde eisen. Het beleid is beschreven en de uitvoeringspraktijk is op orde en geborgd.

## **2.4**

### **Contact met de buitenwereld**

#### **criterium**

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

#### **Bevindingen**

De huisregels en de afdelingsregels beschrijven de rechten en beperkingen met betrekking tot telefoneren, post en bezoek. De kliniekregels voldoen ruimschoots aan de wettelijke minima om contact met de buitenwereld te onderhouden. Voor bezoekers is er een informatiebrochure beschikbaar. Hierin staan de regels en procedures die bij het bezoek in acht genomen moeten worden.

De patiënten kunnen in de avonduren en gedurende het weekend telefoneren. Als het noodzakelijk is, kan het ook overdag. Patiënten mogen alleen bellen met tevoren gescreende telefoonnummers die door de sociotherapeut worden 'gedraaid'. Patiënten kunnen vervolgens de draadloze telefoon meenemen naar hun kamer.

Tbs-gestelden kunnen 's avonds van 18.00 uur tot 21.15 uur en tijdens het weekend van 13.00 uur tot 20.00 uur bezoek ontvangen. Bezoekers worden vooraf gescreend door het maatschappelijk werk en krijgen daarbij informatie over de gang van zaken. Dat kan thuis gebeuren, telefonisch of in de kliniek. Bezoekers dienen zich te legitimeren bij binnenkomst. Zij worden aan detectie onderworpen en hun bagage wordt gescand. Bezoek vindt in beginsel plaats op de kamer van de tbs-gestelde. De eerste drie bezoeken zijn begeleid. Afhankelijk van de patiënt en wie er op bezoek komt, is er daarna in meerdere of mindere mate indirect toezicht. Verder mogen bezoekers onder begeleiding en verantwoordelijkheid van de patiënt gebruik maken van de faciliteiten van het fpc, zoals de wandelplaats en het restaurant. Minderjarigen mogen de kliniek alleen onder begeleiding van een volwassene bezoeken.

Een andere manier om contact met de buitenwereld te onderhouden is post sturen en ontvangen. De patiënten waarmee de Ist sprak, hadden hierover geen klachten.

Er zijn geen klachten over de mogelijkheid om radio te luisteren en tv te kijken. De Patiëntenraad gaf aan dat zij wel in gesprek is met de directie over een wijziging in de samenstelling van de zenders.

De commissie van toezicht heeft in 2008 in totaal 25 klachten (17% van het totale aantal ontvangen klachten) ontvangen over het bezoek, het telefoneren of het ontvangen van post. Er was ten tijde van de doorlichting geen overzicht beschikbaar waaruit opgemaakt kon worden hoeveel klachten die op dit aspect betrekking hadden gegrond waren.

In het laatste patiënttevredenheidsonderzoek (november 2004) werd over de mogelijkheid tot contact met de buitenwereld positief geoordeeld.

### **Oordeel**

Op het criterium contact met de buitenwereld voldoen het beleid en de uitvoering. De borging voldoet overwegend, er zijn geen recente resultaten bekend over hoe contacten met de buitenwereld geëvalueerd en beoordeeld worden.

### **Aanbeveling**

Voer op korte termijn een patiënttevredenheidsonderzoek uit waarin tbs-gestelden o.a. worden bevraagd over hoe zij contacten met de buitenwereld waarderen.

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

### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

In de huisregels zijn voorschriften opgenomen over de geestelijke verzorging, de medische zorg, de maaltijdvoorziening, de bibliotheek, het eigen geld van tbs-gestelden, de deelname aan het activerend dagprogramma en de persoonlijke hygiëne. Deze regels corresponderen met de eisen van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

De tbs-gestelden in de kliniek kunnen in ruime mate een beroep doen op geestelijke verzorging. Er zijn een humanistisch, islamitisch, katholiek en een protestants-christelijk geestelijk verzorger beschikbaar. De geestelijk verzorgers dragen zorg voor individuele geestelijke begeleiding, kerkdiensten en gespreksgroepen. Omdat er een vrouwelijke islamitisch geestelijk verzorgster aan de kliniek verbonden is, komt er apart een imam voor de gebedsdiensten. De kliniek beschikt over een goede accommodatie voor de activiteiten van de geestelijk verzorgers.

Arbeidsactiviteiten vormen een belangrijk onderdeel van het dagprogramma. Tbs-gestelden kunnen met instemming van de behandelaar tien tot twintig uur per week werken. Er zijn een metaal- en een houtwerkplaats, een montageafdeling, een fietsenmakerij en een drukkerij. Daarnaast zijn patiënten werkzaam in de keuken, de bibliotheek, de winkel, de schoonmaak, de wasserij alsook in het onderhoud van het gebouw en het terrein. Ook is er een fictief bedrijf opgezet waar patiënten alle facetten van bedrijfsvoering kunnen leren. Tbs-gestelden die niet tot arbeid in staat zijn kunnen het dagactiviteitencentrum (DAC) bezoeken. Patiënten krijgen een vaste uurvergoeding voor hun werkzaamheden. De tbs-gestelden zijn over het algemeen tevreden over de arbeidsmogelijkheden.

Alle patiënten zijn in de gelegenheid onderwijs te volgen. Het aanbod wordt door de patiënten die de ISt sprak wisselend gewaardeerd. De meningen liepen uiteen van goed en individueel gericht tot beperkt en te laag niveau. Patiënten kunnen in ruime mate gebruik maken van de bibliotheek. In de bibliotheek zijn naast boeken ook dvd's te leen. De tbs-gestelden zijn tevreden over het aanbod.

De kliniek is ruim voorzien van sportvoorzieningen. Dat vinden ook de tbs-gestelden. Er zijn twee sportzalen, een dojo, een zwembad, een fitnessruimte, een klein buitensportveld en een voetbalveld. Er is een voetbalclub met meerdere teams die meedoen aan de externe competitie. Er worden dan alleen thuiswedstrijden gespeeld.

De kliniek beschikt over een centrale keuken. Het eten is volgens de geïnterviewde patiënten van goede kwaliteit. In de weekends wordt er ook wel door patiënten zelf gekookt of kunnen er maaltijden van buiten worden besteld.

De kliniek beschikt over een winkel waar naast voeding, rookwaar en toiletartikelen ook kleding te koop is. De patiënten zijn niet onverdeeld tevreden over de winkel. Het assortiment zou te beperkt zijn en de prijzen te hoog. Tbs-gestelden die mogelijkheid tot verlof hebben, kunnen ook buiten de kliniek boodschappen doen. Daarnaast is het mogelijk om goederen van buiten te bestellen.

Een belangrijk onderdeel van het behandelprogramma zijn de gedragstrainingen en therapieën. Of de tbs-gestelden kwalitatief de juiste (psycho-medische) behandeling krijgen is een vraag die de Inspectie voor de Gezondheidszorg beantwoordt. Na afstemming hierover met de IGZ heeft de IST in het kader van deze doorlichting wel geïnformeerd naar de tijdige beschikbaarheid van behandelplannen van patiënten en naar de voortvarende uitvoering daarvan.

De Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) schrijft voor dat uiterlijk binnen drie maanden na binnenkomst een behandelplan wordt vastgesteld. In de praktijk wordt deze termijn lang niet altijd gehaald. De bespreking van het concept-behandelplan vindt over het algemeen binnen drie maanden plaats, maar de vaststelling daarvan levert regelmatig vertraging op. Een belangrijke reden hiervoor is het niet tijdig aanleveren van informatie door de verschillende disciplines of het ontbreken van een behandelcoördinator (BC). Er zijn weliswaar assistent-behandelcoördinatoren, vaak zijn dat de psychologen of psychiaters in opleiding, maar vaststelling van het behandelplan moet door een behandelcoördinator geschieden.

Er zijn voor bepaalde trainingen en therapieën wachttijden. Hierdoor kan behandeling vertraging oplopen omdat het volgen van een bepaalde training of therapie voorwaarde is om een volgende stap in de behandeling te kunnen zetten. Als oorzaak voor de wachttijd worden gebrek aan menskracht genoemd door vacatures, verlof en ziekte, maar ook kost het soms enige tijd voor een therapiegroep genoeg deelnemers heeft om te kunnen starten. In het afgelopen jaar is de aanmelding voor therapieën en trainingen gecentraliseerd waardoor er beter zicht kan ontstaan op wachttijden.

De deelname, uitval en wachttijden voor activiteiten, trainingen en therapieën worden in verschillende systemen geregistreerd en de verantwoordelijkheid hiervoor is belegd bij verschillende functionarissen.

### **Oordeel**

Op het criterium verzorging, activiteiten en arbeid voldoet het beleid. Dat geldt beperkt voor de uitvoering, er ontstaan regelmatig vertragingen in de vaststelling van behandelplannen en er zijn wachttijden voor het volgen van trainingen en therapieën. De borging voldoet overwegend doordat deelname aan en uitval van activiteiten door verschillende functionarissen met verschillende systemen gemonitord wordt. Een integrale monitoring en evaluatie ontbreekt dus.

### **Aanbeveling**

- Bezie hoe de wachttijden voor trainingen en therapieën zoveel mogelijk beperkt kunnen worden.
- Draag zorg voor een integrale monitoring en evaluatie van activiteiten.

## **2.6 Disciplinaire straffen en maatregelen**

### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

In de huisregels staat een overzicht van de disciplinaire straffen die in het FPC Dr. S. van Mesdag opgelegd kunnen worden. In de praktijk vinden die geen toepassing. Wel hanteert men beperkende maatregelen zoals beperking in bewegingsvrijheid door de kliniek, afzondering op de eigen kamer of separatie. De opgelegde maatregelen zijn altijd individueel bepaald. De behandelafdelingen beschikken niet over eigen separeercellen of afzonderingskamers. Deze zijn op twee plaatsen in de kliniek gesitueerd: binnen de nieuwbouw is een separeerafdeling met zes cellen en in de oudbouw een afdeling met twee cellen. Welke maatregel in een concreet geval wordt opgelegd hangt af van de tbs-gestelde en zijn behandelplan. Dat is maatwerk. Wel is het zo dat bij geconstateerd drugsgebruik een protocol het uitgangspunt vormt en dat standaard beperking in de vrijheid, zoals begeleiding door de kliniek volgt.

De kliniek houdt een overzicht bij van de separaties. In 2008 is 115 maal tot separatie overgegaan. In vijf gevallen was dat op eigen verzoek van de tbs-gestelde. Doorgaans worden tbs-gestelden kort gesepareerd. Bij een derde van alle gevallen was de duur van separatie korter dan 24 uur. In tien procent van de gevallen duurde de separatie langer dan een week.

In de tweewekelijkse commissie 'voorbehouden beslissingen' wordt het separatiebeleid gevolgd en besproken. Evaluatie vindt ook plaats in het kader van het landelijk GGz-project 'Dwang en Drang', een project gericht op het terugdringen van separaties in GGz-instellingen.

De klachtcommissie van de commissie van toezicht heeft in 2008 zeven klachten gekregen over separaties. Ook hierbij was ten tijde van de inspectie niet bekend hoeveel zaken hiervan gegrond, dan wel ongegrond waren.

### **Oordeel**

Het disciplinair beleid van FPC Dr. S. van Mesdag, de uitvoering daarvan en de borging voldoen aan de normen en verwachtingen van de ISt.

## **2.7**

### **Omgang met tbs-gestelden**

#### **criterium**

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

#### **Bevindingen**

De kliniek heeft haar visie met betrekking tot de omgang met de tbs-gestelden onder meer vastgelegd in haar positioneringsstatement. In de huisregels van de kliniek is naast het positioneringsstatement een beschrijving van de cultuur die nagestreefd wordt en de visie die de kliniek heeft op veilig behandelen opgenomen.

Het patiënttevredenheidsonderzoek DGB van 2007 laat zien dat de tbs-gestelden overwegend aangeven dat medewerkers van de DGB respectvol met hen omgaan. In het gesprek met de ISt gaven de patiënten aan dat zij de omgang met sociotherapeuten en andere medewerkers in het algemeen als goed ervaren. Patiënten vinden wel dat personeel veel tijd kwijt is met administratieve werkzaamheden die ten koste gaan van het directe contact. Een ander punt dat

door de patiënten naar voren is gebracht is het feit dat er vaak invallers op de leefgroep zijn die niet goed op de hoogte zijn van afdelingsregels of afspraken rond individuele patiënten.

De kliniek besteedt tijdens de introductieperiode van nieuwe medewerkers expliciet aandacht aan de gewenste bejegening van patiënten. Dat gebeurt ook tijdens teamvergaderingen en supervisie- en intervisiebesprekingen. In functioneringsgesprekken is het eveneens onderwerp van bespreking.

De commissie van toezicht ontvangt geen signalen van onvrede over de bejegening door het personeel die om bespreking met de directie of om extra aandacht vragen. In 2008 zijn er 13 klachten ingediend over de bejegening.

### **Oordeel**

Het beleid, de uitvoering en de borging met betrekking tot de omgang met tbs-gestelden voldoen aan de gestelde eisen.

## **2.8 Functioneren bemiddelings- en beklagprocedure**

### **criterium**

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

### **Bevindingen**

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

In 2008 hebben de tbs-gestelden uit FPC Dr. S. van Mesdag in Groningen in totaal 147 klachten ingediend bij de beklagcommissie van de commissie van toezicht (cvt), waarvan er 23 gegrond zijn verklaard. Ten opzichte van 2007 zijn zowel het aantal ingediende klachten als het aantal gegronde klachten gedaald. In 2008 zijn 21 klachten ter bemiddeling voorgelegd aan de maandcommissaris, 17 klachten werden daarna ingetrokken. In totaal zijn 58 klachten ingetrokken. De meeste klachten die zijn ingediend betroffen bejegening, beperkingen, financiën, medische zorg en dwangmedicatie.

Als onderdeel van het themaonderzoek dat de Ist in 2008 heeft gedaan naar de werkwijze van de commissies van toezicht bij justitiële inrichtingen (Ist, januari 2009) is de doorlooptijd van de afhandeling van beklagzaken in FPC Dr. S. van Mesdag geanalyseerd. Die bedroeg over 2007 gemiddeld 145 dagen. Ook in 2008 werd de termijn van vier weken, waarbinnen een uitspraak gedaan moet worden door de beklagcommissie ver overschreden. Deels wordt de lange doorlooptijd veroorzaakt door de kliniek omdat zij veel tijd nodig heeft om een wederhoorreactie te geven. Vanwege de vacature van een jurist is er grote achterstand ontstaan bij het afhandelen van de beklagzaken. Ook bij het secretariaat van de commissie van toezicht worden vanwege onderbezetting termijnen overschreden. De termijnen zijn in het afgelopen jaar zowel binnen de kliniek als bij het secretariaat van de cvt niet zodanig geregistreerd dat er een opgave gedaan kan worden van de gemiddelde doorlooptijd.



Tbs-gestelden geven aan dat het indienen van een klacht over veel schijven gaat. Van hen wordt verwacht dat zij een klacht eerst bespreken met een sociotherapeut of unitcoördinator. Dit beleid wordt door het personeel bevestigd. Tbs-gestelden kunnen overigens ten alle tijden rechtstreeks een klacht indienen. Voor het indienen van een klacht kunnen tbs-gestelden gewoon een briefje schrijven, er is geen apart beklagformulier beschikbaar. De secretaris van de cvt speelt klachten die voor bemiddeling in aanmerking komen, door naar de maandcommissaris (mc).

De maandcommissaris houdt tweewekelijks spreekuur. De tijden waarop de mc in de inrichting komt, worden vooraf op de afdelingen bekend gemaakt. Tbs-gestelden die een gesprek willen met de mc kunnen dit aangeven bij het afdelingspersoneel dat hen op de spreeklijst plaatst.

De directie heeft in 2008 actief beleid gevoerd om het aantal gegronde klachten omlaag te brengen. Uit analyse van beklagzaken uit 2007 bleek dat veel beklagzaken gegrond waren verklaard vanwege procedurele uitvoeringsfouten. Een voorbeeld daarvan is het te laat uitreiken van een beschikking door de sociotherapeuten. In samenspraak tussen de kliniek en de commissie van toezicht is mede daarom een gezamenlijke cursus penitentiair recht georganiseerd voor leidinggevendenden, directieleden en leden van de commissie van toezicht. Het aantal procedurele fouten is het afgelopen jaar afgenomen.

### **Oordeel**

De in de huisregels beschreven beklagprocedure voldoet aan de eisen. De uitvoering voldoet slechts in beperkte mate. Het aantal ingediende klachten en het aantal gegronde klachten is in 2008 weliswaar verminderd ten opzichte van 2007 maar de afhandeling van klachten duurt nog steeds te lang.<sup>4</sup> De borging van de bemiddelings- en beklagprocedure is beperkt op orde. De kliniek heeft weliswaar samen met de cvt een opleiding gevolgd met als doel haar kennis rond het beklagrecht te vergroten en daarmee het aantal klachten terug te dringen, maar een systematische monitoring van de doorlooptijden ontbreekt.

### **Aanbevelingen**

Aan de kliniek:

Draag zorg voor het tijdig toesturen van verweerschriften aan het secretariaat van de cvt.

Aan de kliniek en de commissie van toezicht:

Monitor de doorlooptijden van de verschillende processtappen in de beklagprocedure.

## **2.9 Medezeggenschap**

### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

<sup>4</sup> De wettelijke termijn waarbinnen de beklagcommissie uitspraak moet doen is vier weken of in geval er bemiddeling plaatsvindt kan de termijn verlengd worden tot 8 weken.

In de huisregels van FPC Dr. S. van Mesdag wordt de medezeggenschap van tbs-gestelden in de vorm van een patiëntenraad beschreven. De wijze waarop de patiëntenraad functioneert en hoe de raad wordt samengesteld is vastgelegd in het Reglement Patiëntenraad dat op iedere unit ter inzage ligt. Er wordt gewerkt aan een nieuw convenant, passend binnen de structuur van Forint en DJI. De bedoeling is dat dit convenant in 2009 wordt vastgesteld.

In principe worden alle afdelingen in de patiëntenraad vertegenwoordigd, op het moment van de inspectie geldt dit echter niet voor alle afdelingen. Met name voor de afdelingen met psychotisch kwetsbare patiënten is het moeilijk om een vertegenwoordiger te vinden. De patiëntenraad geeft aan wel rekening te houden met de belangen van deze groep patiënten alsook voor de patiënten van de ZISZ-units. De patiëntenraad bestaat uit tien leden, vijf van hen vormen het dagelijks bestuur (DB). Begin van dit jaar is het hoofd DGB aangesteld als ondersteuner voor de patiëntenraad, wekelijks heeft hij overleg met het DB. De patiëntenraad komt daarnaast wekelijks bij elkaar voor onderling overleg en informatie-uitwisseling. Eens per maand is er overleg met de directie. Deze overleggen hebben vaak een thematisch karakter. De patiëntenraad wordt betrokken bij beleidszaken, maar naar zijn idee gebeurt dat nog te weinig. Een voorbeeld is de invoering van arbeidskleding en het wijzigen van de arbeidstijden zonder dat daarover overleg is geweest.

Op vragen die de patiëntenraad aan de directie stelt, schriftelijk of in het maandelijks overleg, krijgt zij altijd een reactie.

Het contact met de patiëntenraad is goed. Naast het directieoverleg met de patiëntenraad worden er in het kader van de medezeggenschap op unitniveau periodiek patiënten-stafbesprekingen belegd.

Het evalueren van de medezeggenschap van patiënten vindt niet periodiek plaats.

### **Oordeel**

Het beleid en de uitvoering van de Mesdagkliniek op het criterium medezeggenschap voldoen. De borging voldoet overwegend, maar niet volledig omdat er geen periodieke evaluatie plaatsvindt.

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

### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

De Mesdagkliniek heeft het werkproces voor de advisering over de verlenging dan wel beëindiging van de tbs vastgelegd in het digitale kwaliteitshandboek. Daarnaast werkt de kliniek met een door de patiëntenadministratie ontwikkelde BehandelManagementInformatie (BMI)-lijst, die functioneert als signaallijst en de termijnen aangeeft waarop onder andere verlengingsadviezen moeten worden verzonden. De verantwoordelijkheid voor de termijnbewaking ligt bij de behandelcoördinator.

De kliniek dient verlengingsadviezen over het algemeen tijdig in, het gebeurt wel eens dat het enkele dagen te laat is. Maar de forse overschrijdingen die er in het recente verleden waren zijn nu voorbij. Van de patiënten die met proefverlof zijn,

krijgt de kliniek periodiek een voortgangsrapportage van de reclasseringsmedewerker. Deze rapportage wordt betrokken in het verlengingsadvies. Als er aanvullende vragen zijn, vindt telefonisch overleg plaats tussen reclasseringswerker en behandelcoördinator.

Het tijdig indienen van verlengingsadviezen wordt door middel van de bovengenoemde BMI-lijst geborgd. Deze lijst is periodiek onderwerp van gesprek in het duale overleg van behandelcoördinator en zorginhoudelijk manager.

#### **Oordeel**

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

### **2.11 Longstay-plaatsing**

#### **Criterium**

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

#### **Bevindingen**

De kliniek heeft de procedure voor de voorbereiding van een aanvraag longstay vastgelegd in het digitaal kwaliteitshandboek.

De kliniek volgt de standaardprocedure voor het aanvragen van een longstay-plaatsing. In het verleden lag de nadruk in de Mesdagkliniek meer op beheersing van patiënten dan op hun behandeling daardoor werden aanvragen in de jaren 2005-2006 nogal eens afgewezen omdat er onvoldoende behandeld was. De cultuur en het beleid van de kliniek zijn de laatste jaren sterk veranderd en daarmee ook de aanvragen die voorgelegd worden aan de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP). De behandelcoördinator stelt de aanvraag op waarna deze ter bespreking wordt voorgelegd aan de interne verloftoetsingscommissie (VTC). In 2008 heeft de VTC tien aanvragen voor longstay-plaatsing behandeld. Als een aanvraag longstay-plaatsing door de LAP wordt afgewezen, is de procedure dat deze ter bespreking terugkomt in de VTC.

#### **Oordeel**

Op het criterium longstay- plaatsing voldoen beleid, uitvoering en borging aan de gestelde eisen.

### **2.12 Conclusie**

Met betrekking tot het aspect rechtspositie en bejegening voldoet het FPC Dr. S. van Mesdag overwegend tot volledig op de meeste van de onderscheiden elf criteria. Daarop zijn twee uitzonderingen als het gaat om de uitvoering. De doorlooptijd van beklagafhandeling overschrijdt de wettelijke termijnen aanmerkelijk en de verschillende processtappen worden niet gemonitord. Het tijdig vaststellen van behandelplannen en het terugbrengen van de wachttijden voor therapieën en trainingen is een tweede verbeterpunt. Wat borging betreft kan de kliniek met monitoren en periodiek evalueren van werkprocessen nog aanzienlijke verbeteringen behalen.



## 3 Interne veiligheid

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

### 3.1 Interne veiligheidsvoorzieningen

#### **Criterium**

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

#### **Bevindingen**

De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft een raamwerk opgesteld voor de beheersing van eventuele calamiteiten. De Mesdagkliniek gebruikt dit raamwerk als referentiekader voor het bedrijfsnoodplan waarvan de eerste versie in 2003 is opgesteld. Dit plan wordt periodiek bijgesteld. Inmiddels is de derde versie in concept gereed.

De Mesdagkliniek heeft een gebruikersvergunning. Alle patiëntenkamers in de kliniek beschikken over een rookmelder en een spreek-luisterverbinding. Een belangrijke brandveiligheidseis is verder dat medewerkers binnen twee minuten bij de brandhaard moeten kunnen zijn. Aan deze eis wordt voldaan.

Om de inrichting bij calamiteiten snel te kunnen ontruimen is het van belang dat vluchtroutes en nooddeuren vrij van obstakels zijn. De medewerkers van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging controleren dat tweemaal daags.

De Mesdagkliniek heeft een operationele BHV-organisatie. Sinds november 2007 is er een BHV-coördinator. Alle sociotherapeutisch medewerkers hebben destijds de basiscursus BHV gevolgd die naar aanleiding van de Schipholbrand voor al het uitvoerende justitieel inrichtingspersoneel verplicht is gesteld. Sociotherapeutisch medewerkers die sedertdien in dienst van de kliniek zijn getreden, hoeven deze basiscursus niet meer te volgen. Dat geldt echter wel voor alle medewerkers van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging en de Technische Dienst. Evenals de somatisch verpleegkundigen van de Medische Dienst hebben zij behalve de basis BHV-cursus ook een training gekregen in reanimatie en in het gebruik van ademluchtapparatuur. De kliniek zorgt er voor dat er op alle tijdstippen voldoende BHV-getrainde medewerkers in dienst zijn.

De kliniek organiseert regelmatig calamiteitenoefeningen. Zij stelt daartoe een oefenjaarplan op. Voor 2009 is daarin voorzien in een grote oefening met de Groningse brandweer. Verder zijn er maandelijks kleinere interne oefeningen. Er zijn plannen om in de toekomst ook een gijzelingsoefening te houden.

Voor wat betreft de borging van de bedrijfshulpverlening is relevant dat de Dienst Justitiële Inrichtingen begin 2007 een zogeheten BHV-scan heeft laten verrichten. De conclusie daarvan was dat de kliniek de BHV goed heeft opgepakt en in de breedte voldoet aan de gestelde eisen. De Rijksgebouwendienst heeft eveneens begin 2007 een bouwtechnische scan verricht voor de brandveiligheid. De

knelpunten die uit deze scans naar voren zijn gekomen, heeft de kliniek in een plan van aanpak verwerkt. Daarin zijn ook de aandachtspunten verwerkt die naar voren zijn gekomen uit een door kliniek zelf in december 2007 uitgevoerde BHV Risico Inventarisatie en –Evaluatie. Vrijwel alle openstaande knelpunten zijn inmiddels opgelost. Een uitzondering daarop vormen ingrijpende bouwkundige aanpassingen van verblijfsafdelingen die voor de tweede helft van 2009 gepland staan.

### **Oordeel**

Het BHV-beleid van de Mesdagkliniek is op orde, evenals de borging daarvan. Voor wat de uitvoering betreft zal dat het geval zijn als ook de bouwkundige brandveiligheidsaanpassingen van verblijfsafdelingen in de loop van dit jaar zullen zijn gerealiseerd.

## **3.2 Bestrijding drugsgebruik**

### **criterium**

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

### **Bevindingen**

Er is een protocol voor het afnemen van drugs- en alcoholcontroles. De kamercontrole is een belangrijk instrument om vast te stellen of tbs-gestelden beschikken over verboden middelen. Daarvoor heeft de kliniek weliswaar een algemene procesbeschrijving, maar er is geen specifieke instructie voor de manier waarop medewerkers een kamercontrole moeten uitvoeren. Omdat de kamercontroles door een beperkte groep getrainde beveiligingsmedewerkers worden verricht, is daaraan ook geen behoefte.

Of en zo ja hoe vaak tbs-gestelden op gebruik van drugs en/of alcohol worden gecontroleerd, is per tbs-gestelde vastgelegd in het individuele behandelplan. Dat geldt ook voor de patiënten die in een transmurale voorziening zijn ondergebracht. In het verleden legde de kliniek bij vastgesteld drugsgebruik of als een tbs-gestelde niet meewerkte aan een urinecontrole een standaardsanctie op. Nu wordt er uitgaande van een protocol een geïndividualiseerde maatregel opgelegd. Volgens de geïnterviewde medewerkers is dit een verbetering.

Kamercontroles vinden alleen op indicatie plaats. Af en toe vindt een spitactie in de inrichting plaats waarbij drugshonden worden ingezet. Er is geen vast systeem om elke patiëntenkamer binnen de kliniek periodiek grondig te controleren. De gesprekspartners van de Ist beaamden dat het dan ook mogelijk is dat een kamer binnen de kliniek nimmer op de aanwezigheid van contrabande wordt geïnspecteerd. Bij de kamers in de transmurale voorzieningen gebeurt dat evenmin.<sup>5</sup> Naar aanleiding van een recent incident waarbij enkele patiënten de beschikking bleken te hebben over dvd's met kinderporno is er wel een spitactie geweest in de kliniek, maar is (nog) niet overgegaan tot het invoeren van een systeem van periodieke kamercontroles.

Patiënten worden geïnformeerd over kamercontroles maar mogen er zelf niet bij aanwezig zijn. De beveiligingsmedewerkers vrezen dat de tbs-gestelden anders rekening kunnen gaan houden met de zoekmethode. Om te zorgen dat het

<sup>5</sup> Overigens staat dit los van de controle van de hygiëne op de patiëntenkamers. Die vindt wel regelmatig plaats.

doorzoeken van de kamers naar behoren verloopt, is er wel een sociotherapeutisch medewerker bij aanwezig.

De medische dienst van de kliniek houdt maandelijks bij hoeveel hoeveel uc's en alcoholcontroles zijn afgenomen en wat de uitslag daarvan is geweest. In 2008 zijn in totaal 2450 uc's afgenomen, waarvan er 202 positief waren.<sup>6</sup> De cijfers worden niet nader per afdeling of unit uitgesplitst.

### **Oordeel**

De manier waarop het drugsbestrijdingsbeleid is vastgelegd voldoet deels aan de normen en verwachtingen van de ISt. Wat ontbreekt is een systeem om elke patiëntenkamer binnen de kliniek periodiek grondig te controleren. Om het risico op aanwezigheid van contrabande te verminderen is het wenselijk dat de kliniek hiervoor een systeem ontwikkelt.

Uit de uitslagen van de urinecontroles blijkt dat regelmatig drugs worden gebruikt binnen de kliniek. De ISt acht het dan ook van belang om de effectiviteit van het drugsbestrijdingsbeleid nader te evalueren en die effectiviteit kliniekbreed en zo mogelijk op afdelingsniveau te blijven monitoren.

### **Aanbevelingen**

- Voer een systeem van periodieke kamercontroles op contrabande in.
- Evalueer de effectiviteit van het drugsbestrijdingsbeleid.

## **3.3 Bestrijding onderlinge agressie**

### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

Het beleid van de Mesdagkliniek is dat alleen medewerkers van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging fysieke dwang toepassen om agressie van tbs-gestelden tegen te gaan (zie ook § 2.2). Sociotherapeuten doen dit niet. Alle gesprekspartners van de ISt gaven aan dat de werkwijze waarbij fysieke agressiebeheersing is voorbehouden aan beveiligingsmedewerkers, goed functioneert.

In de basistraining die alle sociotherapeutisch medewerkers moeten volgen als zij in dienst komen zit een training mentaal-fysieke weerbaarheid. Die training is gericht op het leren deëscalieren van conflicten met en tussen patiënten. Er zijn geen herhalingscursussen geweest. Er is ook geen personeelssport voor sociotherapeuten waarbij de fysieke weerbaarheid op peil wordt gehouden. Bij de medewerkers is wel behoefte aan herhalingstrainingen.

Om de veiligheid binnen de kliniek te bevorderen is er op veel plaatsen cameratoezicht. Op de Very Intensive Care units waar extreem beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden verblijven, is ook cameratoezicht op de verblijfsafdeling. De geïnterviewde medewerkers geven aan dat meer controle niet nodig is.

Ondanks het feit dat de kliniek een speciale afdeling heeft met een landelijke bestemming voor extreem beheersgevaarlijke tbs-gestelden, heeft zich in 2008 slechts een beperkt aantal agressieve incidenten voorgedaan: negen geweldplegingen tegen personeel en zeven tegen medepatiënten.

<sup>6</sup> In de eerste vier maanden van 2009 ging het om respectievelijk 824 en 56 uc's.

Voor wat betreft de borging van de agressiebestrijding is relevant dat (de aanpak van) agressieve incidenten worden geregistreerd en geëvalueerd.

#### **Oordeel**

Het agressiebestrijdingsbeleid voldoet. Wel geeft de ISt in overweging om medewerkers blijvend in staat te stellen om een training te volgen die is gericht op het deëscaleren van conflicten met en tussen tbs-gestelden. Overigens is de inrichting veilig en is de bestrijding van agressie door patiënten geborgd.

#### **Aanbeveling**

Stel de sociotherapeuten in staat trainingen te volgen om conflicten met en tussen tbs-gestelden te deëscaleren en te beheersen.

### **3.4**

#### **Integriteit**

##### **criterium**

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

##### **Bevindingen**

De Mesdagkliniek heeft geen eigen integriteitsprotocol waarin is gespecificeerd wat in de omgang met elkaar en met patiënten niet is toegestaan. Desgevraagd verwijst de kliniek naar een DJI-breed gedragsprotocol uit 2002. De kliniek beschikt over een vertrouwenspersoon om integriteitsrisico's te melden. De medewerkers zijn hiermee bekend.

In de praktijk is integriteit een onderwerp dat de nodige aandacht krijgt. Dat gebeurt bij de introductie van nieuwe medewerkers, in functioneringsgesprekken en tussen medewerkers onderling. Recent heeft de kliniek een door velen gewaardeerd symposium gehouden over de gewenste afstand versus nabijheid ten opzichte van patiënten.

De meningen van de geïnterviewden verschillen over de mate van transparantie van medewerkers ten opzichte van elkaar. Sommigen geven aan dat medewerkers elkaar gemakkelijk aanspreken op verschillen in bejegening van patiënten. Anderen daarentegen vinden het juist lastig om ongewenst gedrag van medewerkers ten opzichte van tbs-gestelden bespreekbaar te maken.

Als het vermoeden bestaat van grensoverschrijdend gedrag door medewerkers van de Mesdagkliniek, treden leidinggevenden en directie op. Afgezien daarvan heeft de ISt niet kunnen vaststellen dat het algemene integriteitsbeleid en de daarmee samenhangende protocollen onderwerp zijn van periodieke evaluatie.

##### **Oordeel**

Hoewel integriteitkwesies regelmatig onderwerp van bespreking zijn binnen de kliniek, is het integriteitsbeleid onvoldoende vastgelegd. De ISt acht het van belang om de grenzen van datgene wat in de omgang met patiënten en met elkaar wel en niet is geoorloofd, ook schriftelijk te borgen. Het gaat dan bijvoorbeeld om fysiek contact tussen medewerkers en patiënten, het verlenen van gunsten en het aannemen van (kleine) geschenken.

##### **Aanbeveling**



Leg vast welke gedragingen van medewerkers ten opzichte van tbs-gestelden vanuit een oogpunt van integriteit onwenselijk zijn en borg dit beleid door het periodiek te evalueren en zonodig bij te stellen.

### **3.5 Conclusie**

De Mesdagkliniek is een veilige inrichting. Er is beleid om eventuele calamiteiten zoveel mogelijk te voorkomen en te beheersen en de toepassing daarvan wordt regelmatig geoefend. Verder zijn er ondanks de landelijke functie van de kliniek voor de opvang van extreem beheersgevaarlijke tbs-gestelden betrekkelijk weinig agressieve incidenten.

Op de volgende punten kan de interne veiligheid verder worden verbeterd:

- Met het oog op de brandveiligheid zullen in de loop van 2009 bouwkundige aanpassingen plaatsvinden op de verblijfsafdelingen.
- Om het risico van de aanwezigheid van contrabande binnen de kliniek te verminderen is het wenselijk patiëntenkamers systematisch te controleren.
- Er is aanleiding om de effectiviteit van het drugsbestrijdingsbeleid nader te evalueren en om die effectiviteit kliniekbreed en zo mogelijk op afdelingsniveau te blijven monitoren.
- Het is wenselijk om de grenzen van datgene wat in de omgang met patiënten wel en niet is geoorloofd schriftelijk te expliciteren en bekend te maken.



## 4 Maatschappijbeveiliging

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

### 4.1 Materiële beveiliging tegen ontvluchtingen

#### criterium

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

#### Bevindingen

De Mesdagkliniek heeft de nodige protocollen voor werkprocessen die relevant zijn voor de beveiliging. Deze protocollen worden eens per twee jaar bijgesteld. De manager van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging is hiervoor verantwoordelijk. Er is een regeling voor de toegang van personen en de in- en uitvoer van goederen. De bagage van patiënten en van hun bezoekers wordt doorgelicht. Zij zelf moeten pieprij een metaaldetectieapparaat passeren. Personeel van de kliniek en bezoekers van kliniekmedewerkers worden in beginsel niet gecontroleerd; alleen op indicatie.

De omtrekbeveiliging van de kliniek voldoet aan de door DJI gestelde eisen. De statische beveiligingsvoorzieningen en de sluiswerking werken naar behoren. Dat gold ten tijde van het inspectiebezoek niet voor de buiten- en binnencamera's. De recent geplaatste wand met monitoren waarop de camerabeelden kunnen worden bekeken viel nog regelmatig uit. Men was doende om dit probleem op te lossen. Patiënten die in de gesloten afdelingen van de kliniek verblijven, mogen niet over een mobiele telefoon beschikken. Af en toe wordt met behulp van een zogenaamde mobifinder gecontroleerd of er mobiele telefoons in de inrichting aanwezig zijn.

De piepers worden regelmatig getest op hun werking. De andere technische voorzieningen worden eveneens periodiek gecontroleerd.

De beveiliging van de kliniek wordt niet onderworpen aan een integrale, specialistische externe veiligheidsaudit waarbij behalve naar bouwkundige aspecten ook naar technische en procedurele aspecten wordt gekeken. Of de beveiliging van de kliniek op orde is, wordt door de kliniek zelf geëvalueerd. Er is binnen de kliniek een speciaal Integraal Veiligheidsoverleg.

#### Oordeel

De materiële beveiliging tegen ontvluchtingen van de Mesdagkliniek is nagenoeg op orde. Dat geldt zowel voor het beleid, als de uitvoering en de borging van kritische veiligheidsprocessen. De Ist heeft in eerdere doorlichtingsrapportages van forensisch psychiatrische centra gepleit voor de invoering van (steekproefsgewijze) toegangscontrole van kliniekmedewerkers en hun bezoekers. De Staatssecretaris van Justitie heeft naar aanleiding daarvan aangegeven zich in overleg met GGZ-Nederland over deze kwestie te willen beraden. De Ist wacht de uitkomst daarvan af, en doet daarom nu niet opnieuw een uitspraak over dit onderwerp.

## 4.2 Geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de maatschappij

### Criterion

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

### Bevindingen

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

#### *Verlofmachtiging*

Het werkproces van de aanvraag verlofmachtiging tot de uitvoering van verlof is beschreven in het kwaliteitshandboek dat voor alle medewerkers toegankelijk is via intranet. Nog niet alle deelprocessen zijn hierin opgenomen, deze zijn terug te vinden in werkinstructies en protocollen die vervolgens wel via intranet te raadplegen zijn.

Het initiatief om een verlofmachtiging aan te vragen komt allereerst vanuit de teambespreking. De beslissing om tot aanvraag over te gaan wordt genomen in de multidisciplinairebehandelplanbespreking (MDB) die halfjaarlijks plaatsvindt. Als het team niet tot overeenstemming komt, wordt er geen aanvraag gedaan. Als het besluit positief is schrijft de behandelcoördinator de verlofaanvraag volgens het landelijke format.<sup>7</sup>

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

De behandelcoördinator legt de verlofaanvraag ter toetsing voor aan de interne verloftoetsingscommissie (VTC). De VTC behandelt zowel nieuwe verlofaanvragen als verlofevaluaties.<sup>8</sup> De VTC, die wekelijks bijeenkomt, kent een vaste samenstelling: twee behandelcoördinatoren, drie zorginhoudelijk managers (ZIM), een onderzoeker en de directeur behandelenzaken. De BC die de aanvraag indient is bij de behandeling van de aanvraag aanwezig. Om een beslissing te kunnen nemen, moeten er minimaal drie behandelverantwoordelijken aanwezig zijn. In haar geschiedenis is de VTC om die reden eenmaal niet doorgegaan.

<sup>7</sup> Het format is gebaseerd op de Circulaire Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden van DJI, 2007. In februari 2009 is er een vernieuwd Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden .

<sup>8</sup> De VTC behandelt daarnaast aanvragen voor longstay-plaatsingen die naar het LAP verstuurd worden. Zie hfdst. 2.11

De VTC toetst de aanvragen op twee aspecten. Allereerst of het aanvragen van verlof op dat moment in de behandeling aan de orde is. Ten tweede wordt gekeken naar consistentie in de verlofaanvraag. Als de VTC aangeeft dat er aanpassingen gedaan moeten worden alvorens de aanvraag verstuurd kan worden, komt de betreffende aanvraag niet meer terug in de vergadering. De geneesheer-directeur ondertekent samen met de BC en ZIM de verlofaanvragen.

De tijd tussen het besluit om een aanvraag machtiging verlof in te dienen, de behandeling in de VTC en de daadwerkelijke toezending naar DJI bedraagt ongeveer twee maanden, maar het kan langer duren als een behandelcoördinator verantwoordelijk is voor twee units of er veel zaken bij de VTC liggen. Het proces wordt niet gemonitord en precieze termijnen zijn niet bekend.

Het duurt zes tot zeven weken voordat het besluit van DJI retour is.

Als het Adviescollege Verloftoetsing Tbs (AVT) aangeeft dat aanpassingen in de aanvraag noodzakelijk zijn, komt de aanvraag ter bespreking terug in de VTC. In 2008 heeft de VTC 108 zaken<sup>9</sup> behandeld. In het eerste kwartaal van 2009 zijn 39 verlofaanvragen en 14 evaluaties behandeld. Er is niet bijgehouden hoeveel aanvragen en evaluaties door de VTC dan wel de AVT zijn afgekeurd of aangehouden.

De VTC heeft haar werkwijze geëvalueerd. Er bleken intern grote verschillen te zijn in de wijze waarop aanvragen werden geschreven. Naar aanleiding daarvan heeft zij voor de behandelcoördinatoren een interne richtlijn ontwikkeld.

Met de invoering van het landelijk format is de administratieve druk toegenomen, maar de kwaliteit van de aanvragen is aanmerkelijk toegenomen.

#### *Verlofuitvoering*

De werkwijze en procedures voor de uitvoering van het verlof zijn evenals het proces aanvraag verlofmachtiging opgenomen in het kwaliteitshandboek.

Sociotherapeuten geven aan dat zij goed op de hoogte zijn van de werkzaamheden die betrekking hebben op de verlofuitvoering.

Als de verlofmachtiging door het ministerie is verstrekt worden er passend binnen de machtiging en het behandelplan concrete verlofmomenten gepland.

De Mesdagkliniek kijkt altijd of er redenen zijn om niet, zoals standaard is opgenomen in het verlofbeleidskader, te starten met beveiligd begeleid verlof. Dit is, mits goed gemotiveerd, niet altijd noodzakelijk. Beveiligd begeleid verlof wordt uitgevoerd door een medewerker van de Dienst Geïntegreerde Beveiliging en een medewerker van de woonafdeling in de rol van begeleider.

De begeleiding van een begeleid verlof gebeurt door medewerkers van de eigen afdeling, dit kunnen zowel sociotherapeuten, sociotherapeutisch medewerkers als activiteitenbegeleiders zijn. De medewerkers die een verlof begeleiden hebben de Samen-Uit-Samen-Thuistraining gevolgd. Op de dag dat het verlof plaatsvindt, wordt het verlof en de gemoedstoestand van de patiënt 's ochtends in het startoverleg op de afdeling besproken. Voor elke tbs-gestelde is een signaleringsplan gemaakt dat bij de voorbespreking direct voorafgaand aan het verlof wordt betrokken. De kliniek hanteert geen vaste checklist aan de hand waarvan zaken langsgelopen worden. De sociotherapeuten gaven aan dat een aantal zaken zoals bestemming, financiën en risico's wel standaard besproken worden. Bij de portier vindt de laatste controle plaats aan de hand van de verlofpas en het door de portier ontvangen overzicht van ingeplande verloven. Annulering van

<sup>9</sup> 25 aanvragen begeleid verlof, 12 aanvragen onbegeleid verlof, 23 aanvragen transmuraal verlof, 8 aanvragen proefverlof, 24 verlofevaluaties. 10 longstay-aanvragen en 6 aanvragen voor incidenteel verlof.

verlof vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de behandelcoördinator. Hiervan wordt een MIP-melding gemaakt.

Bij terugkomst van het verlof wordt standaard iedere tbs-gestelde gedetecteerd en vindt detectie van de bagage plaats. Alcohol- en urinecontroles vinden plaats als dat in de behandelplannen is aangegeven. Een sociotherapeut spreekt het verlof na met de tbs-gestelde. Van de bespreking wordt een kort verslag gemaakt, ook door de patiënt. Verloven zijn onderdeel van de behandeling en komen in die hoedanigheid ook terug in behandelplanevaluaties.

Het komt zeer regelmatig voor dat verloven niet doorgaan of dat er minder verloven dan wenselijk geacht wordt door de behandelaar, ingepland kunnen worden. Als oorzaak hiervoor worden personeelstekort vanwege verlof of ziekte en een hoge concentratie van verlofgangers op een bepaalde afdeling genoemd.

#### *Transmuraal verlof*

FPC Dr. S. van Mesdag telt binnen haar afdeling Uitstroom een zestigtal plaatsen voor tbs-gestelden die in de laatste fase van hun behandeling zitten. De grootste groep patiënten verblijft nog op een uitstroomafdeling in de kliniek en werkt toe naar transmuraal verlof. Voor de tbs-gestelden met transmuraal verlof heeft de kliniek de beschikking over twee voormalige dienstwoningen in de nabijheid van de kliniek en enkele woningen in de stad Groningen. Ook zijn er tbs-gestelden geplaatst in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) of in een reguliere GGZ-instelling. In 2008 stroomden er tien patiënten door naar een eigen transmurale voorziening en negen patiënten gingen naar een GGZ-voorziening. In de transmurale fase is er nog regelmatig contact met stafleden. De mate waarin dit gebeurt is afhankelijk van de persoon en de voorziening waar zij verblijven. Zo is er in de transmurale voorzieningen bij de kliniek overdag en in de avonduren altijd personeel aanwezig, met tbs-gestelden in andere voorzieningen is minder frequent contact. Tbs-gestelden worden met regelmaat gecontroleerd op hun aanwezigheid op afgesproken plaatsen en het zich houden aan voorwaarden. Urinecontroles en alcoholcontroles vinden stelselmatig plaats.

Tbs-gestelden die in de transmurale fase zitten, hebben hun dagbesteding zo veel mogelijk buiten de kliniek. Een individuele trajectbegeleider begeleidt patiënten bij het vinden daarvan en onderhoudt ook het contact met de werkgever, stagebegeleider of onderwijsinstelling.

Tijdelijke terugplaatsingen bij wijze van "time-out" komen regelmatig voor. In 2008 verbleven drie tbs-gestelden tijdelijk in de kliniek voor een time-out, één tbs-gestelde werd teruggeplaatst.

#### *Proefverlof*

Als de kliniek het voornemen heeft een proefverlof aan te vragen wordt de contactfunctionaris van de reclassering verzocht de voorbereiding te starten voor een proefverlofplan. De contactfunctionaris is al in een vroegtijdig stadium geïnformeerd omdat zij vanaf het moment dat een patiënt op de uitstroomafdeling is geplaatst bij de multidisciplinaire behandelplanbesprekingen aanwezig is en vooruit kijkt hoe de rol van de reclassering in een volgende fase vorm kan krijgen. Kliniek en Reclassering zijn tevreden over hoe de samenwerking verloopt.

In 2008 zijn zeven nieuwe proefverloven gestart en in 2007 twee. In 2009 werden in het eerste kwartaal geen nieuwe proefverloven gestart.

Voor de verzelfstandiging is een convenant opgesteld tussen Reclassering Nederland en het FPC Dr. S. van Mesdag waarin de samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd. Met de invoering van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn de werkzaamheden van de contactfunctionaris niet wezenlijk veranderd.

### **Oordeel**

De ISt oordeelt op basis van haar bevindingen dat het verlofbeleid van FPC Dr. S. van Mesdag voldoet. De kliniek heeft op heldere en overzichtelijke wijze alle procedures van aanvraag verlofmachtigingen tot en met de uitvoering van verloven vastgelegd.

De uitvoering van het verlofbeleid is beperkt op orde. De kliniek beschikt niet over een uniforme checklist om het verlof voor te bespreken. Verloven kunnen regelmatig niet doorgaan of vinden in verminderde frequentie plaats vanwege personele tekorten.

De borging voldoet overwegend omdat de tijdsspanne tussen het besluit om een machtiging verlof aan te vragen en de toekenning van de machtiging niet wordt gemonitord.

### **Aanbeveling**

- Voer voor de kliniek een uniforme checklist in ten behoeve van de voorbespreking van verlof.
- Analyseer en evalueer de uitval van verloven.
- Monitor de onderscheiden processtappen bij de aanvraag machtiging verlof en breng op basis daarvan verbeteringen aan in de doorlooptijd van aanvragen verlofmachtiging.

## **4.3**

### **Conclusie**

Op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet FPC Dr. S. van Mesdag grotendeels aan de normen en verwachtingen van de ISt. De materiële beveiliging volstaat, waarbij aangetekend dat de ISt niet opnieuw een uitspraak doet over de toegangscontrole nu de Staatssecretaris hierover in gesprek is met GGZ-Nederland. De procedures met betrekking tot het aanvragen en uitvoeren van verlof zijn op orde. Wel beveelt de Inspectie aan om de uitval van verloven te analyseren en een kliniekbrede checklist in te voeren ten behoeve van de voorbespreking van verlof. Monitoring van de onderscheiden processtappen kan een aanzet zijn om de doorlooptijd van de aanvraag machtiging verlof te verkorten. Er is een constructieve samenwerking tussen de contactfunctionaris van de reclassering en de kliniek.





## 5 Organisatieaspecten

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

### 5.1 Personeelsmanagement

#### Criterion

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

#### Bevindingen

Er waren ten tijde van het inspectiebezoek geen grote problemen met het vervullen van vacatures voor sociotherapeuten.<sup>10</sup> Ook in het segment van de hoger opgeleide gedragsdeskundigen (psychiaters, therapeuten, behandelcoördinatoren) is de bezetting op orde en lukt het meestal snel om vacatures te vervullen. De kliniek heeft een opleidingsplaats voor psychiater en opleidingsplaatsen voor gezondheidszorg- en klinisch psycholoog (Ten tijde van de inspectie waren er 5 GZ- en 2 Klinisch Psychologen in opleiding). Het verloop onder behandelcoördinatoren is groot. De psychologen in opleiding worden ingezet als assistent behandelcoördinator. Een psychiater in opleiding is al arts en als zodanig zelfstandig behandelcoördinator. Voor vacatures binnen de sociotherapie is een kleine reserve voorhanden; belangstellenden voor een functie zijn op voorhand beoordeeld op geschiktheid en worden benaderd zodra zich een vacature voordoet.

Ondanks het feit dat er niet veel vacatures zijn, benadrukken met name de sociotherapeuten dat er sprake is van een hoge werkdruk en regelmatig overwerk. Dat komt naar hun zeggen omdat de teams kleiner worden. Interessant is in dit verband de interne discussie om de vaste bezetting van afdelingen (veiligheidssterkte is minimaal drie sociotherapeuten) los te laten en meer te kijken naar een personeelsinzet op maat. Binnen het cluster uitstroom heeft men dit inmiddels gerealiseerd. In de andere afdelingen is dit nog niet het geval. Ook worden sociotherapeuten vaak op andere units ingezet waardoor op de 'eigen' unit weer onderbezetting is. Het afgelopen jaar is het arbeidsverzuim iets toegenomen. Over 2008 was het arbeidsverzuim 5,14% tegen 4,42% in 2007. Afgezet tegen de hele sector is het verzuim relatief laag.

De sociotherapeuten en OR-vertegenwoordigers die de ISt sprak gaven aan dat de directie op de hoogte is van de ervaren werkdruk maar een 'vinger op de knip' houdt met het argument dat de organisatie nagenoeg geen reserves heeft. In het verleden, toen het verzuim op enig moment 18% bedroeg, werden tekorten

<sup>10</sup> Het begrip sociotherapeuten omvat in dit hoofdstuk ook de sociotherapeutisch medewerkers en activiteitenbegeleiders.

uiteindelijk wel weer aangevuld door 'Den Haag'; maar iedereen beseft -en wil- dat dit tijdperk niet meer terugkeert.

Ten aanzien van de mogelijkheden om functiegeschoold te worden of zich anderszins te scholen zijn alle respondenten positief.

Zeker na de minder florissante jaren is er fors geïnvesteerd in ontwikkeling van de kennis en kunde van medewerkers op alle niveaus. Als men dat wil behoort individuele supervisie ook tot de mogelijkheden; de wijze waarop verschilt per afdeling. Unitcoördinatoren geven werkbegeleiding aan sociotherapeuten. Binnen de afdeling personeel en organisatie is een specifieke afdeling deskundigheidsbevordering die op individueel niveau de ontwikkeling van medewerkers begeleidt en monitort.

Gekoppeld aan het genoemde verzuimpercentage heeft de Mesdagkliniek een actief verzuimbeleid. Daarentegen stimuleert de kliniek de in- en externe mobiliteit van medewerkers niet actief. Het is aan hen zelf om te opteren voor een andere functie. Medewerkers kunnen als zij dat willen en er door scholing in willen investeren wel doorstromen naar een andere functie. De uitstroom van medewerkers bedraagt op jaarbasis 5%.

Op een enkele uitzondering na voeren de meeste leidinggevenden hun voortgangsgesprekken. De kliniek heeft het beleid dat er per jaar drie gesprekken gevoerd worden met als leidraad: doelstelling, voortgang, resultaat. De meeste respondenten zijn hierbij van mening dat kan worden volstaan met twee gesprekken per jaar door in een gesprek het resultaat van het afgelopen jaar te verbinden aan het formuleren van doelstellingen voor het komende jaar.

In 2007 is onder de medewerkers een tevredenheidsonderzoek gehouden. De belangrijkste uitkomst daarvan was dat de interne afstemming en communicatie beter zou moeten. Als vervolg daarop hebben alle units een plan van aanpak gemaakt. Het lijkt er op dat de aandacht voor de verbetering van de afstemming en communicatie wat wegvloeit door de hectiek van het dagelijkse werk. De directie beaamt dat en vindt dat daar binnen de organisatie meer aandacht voor zou moeten zijn.

### **Oordeel**

Het personeelsmanagement is grotendeels op orde. De Mesdagkliniek heeft geen grote problemen met het vervullen van vacatures en anticipeert op mogelijk toekomstige arbeidsmarktproblemen. Medewerkers waarderen de opleidingsfaciliteiten. Het ziekteverzuim is gemiddeld laag en er is sprake van een actief verzuimbeleid. Leidinggevenden houden met regelmaat voortgangsgesprekken. Dit alles is gebaseerd op vastgelegd beleid dat grotendeels wordt uitgevoerd. Aldus voldoen de dimensies beleid en uitvoering. De dimensie borging voldoet overwegend omdat het signaal met betrekking tot de door sociotherapeuten ervaren werkdruk kennelijk niet leidt tot actie en vervolgacties op het tevredenheidsonderzoek eerder gefragmenteerd per afdeling, dan integraal tot stand komen. Het belang van deze onderdelen van het personeelsmanagement binnen de organisatie vraagt om een heldere aanpak.

### **Aanbevelingen**

Besteed aandacht aan een voor medewerkers tastbaar vervolg op de uitkomst van het medewerkerstevredenheidsonderzoek en betrek daarbij de ervaren werkdruk bij met name, sociotherapeuten.

## **5.2**

### **Communicatie**

#### **Criterium**

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

### **Bevindingen**

De Mesdagkliniek beschikt over een op schrift gestelde communicatiestructuur, die is vastgesteld in 2008.

In de Mesdagkliniek wordt op velerlei wijze gecommuniceerd.

Elke afdeling, unit of functiegroep heeft een vorm van gestructureerd overleg, intern of interdisciplinair. Wat opvalt is dat er verschillen zijn in de wijze waarop organisatieonderdelen vorm en inhoud aan het overleg geven. Zo heeft de ene unitcoördinator wekelijks gestructureerd overleg met zijn manager algemene zaken terwijl de andere unitcoördinator alleen een informeel overleg heeft zonder agenda en zonder verslaglegging. Een gevolg is dat er verschillen kunnen ontstaan in de informatie die overgedragen wordt. Unitcoördinatoren zouden het verslag van het MT op intranet willen hebben om beter op de hoogte te zijn van voorgenomen beleid en genomen besluiten.

Op het niveau van de sociotherapie is men tevreden met het overleg met de unitcoördinator maar voor hen is de communicatie met de niveau's daarboven stroperig en minder transparant; met name de rol van de manager algemene zaken en die van zorginhoudelijk manager is voor hen onduidelijk.

Iedere unit heeft in principe tien keer per jaar een teamoverleg. Hiervan zijn vier overleggen aangewezen als 'volledig teamberaad' met een aanwezigheidsplicht voor alle teamleden.

Voor alle geledingen is het mogelijk om supervisie- en intervisiebijeenkomsten te organiseren. Hiervoor heeft de kliniek geen dwingende structuur opgelegd.

De ondernemingsraad (OR) geeft aan dat zij in het reguliere overleg met de bestuurder, in casu de directeur algemene zaken, de inbreng van de directeur behandelingen mist.<sup>11</sup> Het argument daarbij is dat de behandeling en het bedrijfsproces onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en voorgenomen besluiten consequenties hebben voor beide.

Het patiëntgebonden overleg kent verschillende verschijningsvormen. Op de unit is er, naast de dagelijkse overdracht waar patiënten worden besproken, wekelijks een afdelingsoverleg. Door alle respondenten wordt de halfjaarlijkse multidisciplinaire behandelplanbespreking (MDB) als het meest belangrijke overleg voor de patiënten gekwalificeerd omdat daar besluitvorming plaatsvindt over de behandeling en daarmee ook over het aanvragen van verlof. Tussen twee MDB's is er een voortgangsbespreking.

Verskillende respondenten geven aan dat de samenstelling van het MDB vaak niet is zoals beoogd. Disciplines melden zich af of zijn er niet en een integraal verslag over de voortgang van de behandeling is regelmatig te laat beschikbaar. Patiënten melden dat zij soms de dupe zijn van het niet tijdig beschikbaar zijn van voor de besluitvorming cruciale informatie over de voortgang van de behandeling. Ook bij de verplaatsing van een patiënt naar een andere unit of afdeling gaan er soms zaken mis. Informatie wordt dan niet of op verschillende wijze overgedragen. De ene unit doet het 'warm', door persoonlijk contact, de andere louter schriftelijk.

<sup>11</sup> In de wederhoorreactie merkt de directie op dat de directeur behandelingen halfjaarlijks bij het overleg met de OR aanwezig is en voorts op indicatie of verzoek kan participeren.

De behandelcoördinatoren zijn van mening dat de zorgprogrammering beter moet worden gesynchroniseerd. Niet alleen tussen units of afdelingen, maar ook met dagactiviteiten en het behandelhuis. Patiënten maken kenbaar dat zij de dupe zijn als er geen goede afstemming is; een volgende stap in de behandeling kan soms lang op zich laten wachten.

Het eerdergenoemde medewerkerstevredenheidsonderzoek heeft er wel toe geleid dat een werkgroep communicatie is ingericht om de horizontale communicatie in de kliniek te verbeteren. Ten tijde van de inspectie was men bezig met de implementatie van de aanbevelingen van deze werkgroep.

### **Oordeel**

De structuur van organisatorisch en behandeltechnisch communiceren ligt in de kliniek min of meer vast maar kent in de uitvoering een grote verscheidenheid door de wijze waarop leidinggevende en coördinerende functionarissen daarmee omgaan. Er is een grote variatie aan informatieformats die niet altijd effectief zijn en het bereiken van (patiënt)doelstellingen vertraagt.

Het oordeel is dat de dimensies beleid en uitvoering op het terrein van de communicatie beperkt voldoen.

Omdat er door het medewerkerstevredenheidsonderzoek wel initiatief is genomen om de communicatie te verbeteren is er sprake van enige borging.

### **Aanbeveling**

Analyseer de huidige formele communicatie binnen de kliniek, beoordeel deze op doelmatigheid en effectiviteit en stel deze zonedig bij.

## **5.3**

### **Conclusie**

Tijdens de doorlichting sprak de ISt met in het algemeen enthousiaste en betrokken medewerkers die unaniem van mening waren dat de Van Mesdagkliniek de afgelopen jaren een 'flink aantal slagen had gemaakt' om inhoudelijk en organisatorisch vorm te geven aan verantwoorde forensische zorg. Allen waren echter ook van mening dat een aantal zaken nog verdere verbetering behoeft. Dat geldt voor het creëren van meer draagvlak voor de wijze waarop medewerkers worden ingezet maar zeker ook voor een betere afstemming van de communicatie binnen de kliniek. Het zou goed zijn wanneer de directie daarbij heldere keuzes maakt tussen enerzijds aandacht voor het vervullen van een veelheid aan ambities, en anderzijds voor continuïteit van de bedrijfsvoering.

## 6 Archiefbeheer

Het onderzoek naar het archiefbeheer bij de Mesdagkliniek werd uitgevoerd door de Erfgoedinspectie. De Erfgoedinspectie houdt toezicht op de naleving van de Archiefwet 1995 door de organisaties van de centrale overheid. Ze beschouwt het dagelijks bestuur van de Mesdag sinds de verzelfstandiging begin 2008 als 'zorgdrager' voor zijn archief, voor zover de Archiefwet daarop van toepassing is.

### 6.1 Doel en achtergrond

Een deugdelijke informatiehuishouding is een van de wezenlijke functies van 'goed bestuur'. De daarin opgenomen archiefbescheiden ondersteunen de werkprocessen en vervullen naderhand een belangrijke functie bij de verantwoording van de bedrijfsvoering aan belanghebbende partijen. Daarnaast hebben archieven een geheugen-, kennis en erfgoedfunctie. De Erfgoedinspectie toetst of de archieven in goede, geordende en toegankelijke staat bewaard worden en op de juiste wijze worden vernietigd of overgebracht.

Sinds 2008 voert de Erfgoedinspectie met de ISt enkele gezamenlijke inspecties uit. De keuze voor de te onderzoeken instellingen hangt samen met de planning van de ISt. De inspectie bij de Mesdag komt daardoor niet voort uit een risico-analyse of uit een signaleerd incident.

De inspectie richt zich op het archief(beheer) van de Mesdag als centrum voor forensisch psychiatrische patiënten. Als zodanig bestaat de Mesdag vanaf 1962, toen de gevangenis in Groningen de bestemming kreeg van verplegings- en behandelcentrum voor TBR-, later tbs-patiënten.

Op het terrein van de strafrechtstoepassing vonden eerder inspecties plaats bij vier penitentiaire inrichtingen (PI's, 2004), bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI, 2007) en bij de PI Zuyder Bos-Amerswiel (2008). De laatste inspectie werd samen met de ISt uitgevoerd<sup>12</sup>.

### 6.2 Werkwijze

De inspectie heeft het karakter van een *quick scan*, die aan de hand van een aangepast toetsingskader op 12 mei 2009 werd uitgevoerd. Normen en vragen worden vanuit drie dimensies benaderd: beleid, uitvoering en borging.

Het introductiegesprek met de directie werd door beide inspecties gezamenlijk gedaan. Verder liepen de inspecties een parallel traject, waarbij de inspectie van de Erfgoedinspectie bestond uit een schouw van de archiefruimten en uit interviews met achtereenvolgens het Directiesecretariaat, de eenheid Kwaliteitszorg en de afdeling Business Control, waaronder de eenheden Informatievoorziening en Automatisering en Civiele Dienst ressorteren<sup>13</sup>. Het feitenrelaas werd op 18 mei voor commentaar aan de directeur Algemene Zaken voorgelegd.

### 6.3 Organisatie en reikwijdte Archiefwet

#### Criterion

Overheidsorganisaties moeten weten in welke mate ze overheidsorgaan zijn, welke verantwoordelijkheid ze in de keten dragen en in welke mate de Archiefwet van toepassing is op hun archief. Bij een organisatieverandering moeten afspraken

<sup>12</sup> Zie Inspectierapport doorlichting PI Noord-Holland, locatie Zuyder Bos-Amerswiel (2008), pag. 5, 8 en 60-65.

<sup>13</sup> Voor de geraadpleegde bronnen, zie bijlage 3

worden gemaakt over de bestemming en het beheer van het tot dan toe gevormde overheidsarchief (art. 4 Archiefwet).

### **Bevindingen**

De Mesdag werd per 1 januari 2008 verzelfstandigd, waarbij het fpc de rechtsvorm van een stichting kreeg en onderdeel werd van het samenwerkingsverband 'Forint'. In Forint werken instellingen voor forensische en intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) samen.

De Mesdagkliniek is het eens met de Erfgoedinspectie dat zijn archieven tot 2008 volledig onder de werking van de Archiefwet vallen, voor alle hoofdtaken (bestuur, primaire taken en ondersteuning). De kliniek is niet op de hoogte van het feit dat het tot de verzelfstandiging gevormde archief 'eigendom' blijft van de minister van Justitie en dat deze daarvoor (eind)verantwoordelijk is<sup>14</sup>. De regeling als bedoeld in art. 4 Archiefwet, is niet opgesteld<sup>15</sup>. De Mesdag heeft ervoor gekozen zijn ICT-organisatie zoveel mogelijk te verzelfstandigen en daartoe uit de landelijke infrastructuur van DJI te ontvlechten. Samenwerking binnen Forint wordt nagestreefd.

Na de verzelfstandiging begin 2008 is de reikwijdte van de Archiefwet beperkter geworden. Vanaf 2008 is de Archiefwet alleen van toepassing op archief dat samenhangt met 'openbaar gezag' taken. Met 'openbaar gezag' wordt bedoeld dat de organisatie de rechtspositie van derden eenzijdig bepaalt of wijzigt en daarmee overheidsorgaan is. Er bestaat bij de Mesdagkliniek nog onduidelijkheid over de reikwijdte van de openbare gezagtaak en daarmee over het 'zorgdragerschap' (d.i. de verantwoordelijkheid) van het bestuur voor de daarmee samenhangende archiefbescheiden. Wel duidelijk is dat dit vooral (delen van) de patiëntendossiers zijn. Zeker is dat de personeelsdossiers vanaf 2008 buiten de openbaar gezagtaak vallen, omdat het personeel geen ambtelijke status meer heeft.

### **Conclusie**

Bij de verzelfstandiging hebben DJI en de Mesdag geen regeling over de bestemming en het beheer van de archieven tot 2008 getroffen. Over de reikwijdte van de openbaar gezagtaken en daarmee over de werkingssfeer van de Archiefwet bestaat nog onduidelijkheid.

### **Aanbevelingen**

- Leg met DJI in een 'regeling' zoals bedoeld in art. 4 Archiefwet, afspraken vast over het beheer van de Mesdagarchieven tot 2008.
- Bepaal de werkingssfeer van de Archiefwet voor de archieven vanaf 2008, door het bereik van de openbaar gezagtaken te bepalen.

## **6.4 Sturing en beleid**

### **criterium**

Voldoende sturing en beheersing van de bedrijfsvoering kenmerken 'goed bestuur'. Onder 'sturing' rekenen we het vastleggen van doelen (beleid), het inrichten van organisatie en processen (kaders, verantwoordelijkheden, verantwoording) en het terugkoppelen van verantwoordings- en auditresultaten naar beleid en uitvoering. De archiefwetgeving schrijft voor dat de zorgdragers afspraken over hun archieven in 'beheersregels' vastleggen.

### **Bevindingen**

<sup>14</sup> Zie in dit verband ook het Besluit archiefoverdrachten rijksadministratie, Stb. 1988, nr. 541.

<sup>15</sup> Raadpleeg verder de Handreiking 'Organisatieverandering en archiefbeheer' van de Erfgoedinspectie.

Er zijn verschillende sturingsinstrumenten op het gebied van de informatiehuishouding. Er is beleid geformuleerd en de uitvoering daarvan wordt op onderdelen via opnemingsplanning en control en in het kwaliteitsmanagement geborgd. We lichten beide elementen hieronder toe.

#### *Beleid*

Op bestuursniveau is een breed, onderbouwd 'informatiebeleidsplan' vastgesteld (2006), dat de route aangeeft naar een procesmatige, transparante informatiehuishouding. Dit rapport besteedt overwegend, zo niet exclusief aandacht aan de (re)organisatie van de ICT-huishouding. Het beleidsplan wordt uitgevoerd, maar is aan herziening toe. De Erfgoedinspectie constateert de volgende lacunes en aandachtspunten:

- de duurzaamheid van de ICT-huishouding,
- de wettelijke kaders en de relatie met het papieren archief en de noodzaak hiervan op de langere termijn. Wat het laatste punt betreft: sinds de digitalisering van archiefbescheiden in 2006 bestaat er naast een digitaal archief een papieren archief.
- de Mesdagkliniek ziet in dit 'dubbelarchief' geen risico.
- een ander aandachtspunt is de volledigheid van de op te nemen informatie.

Het 'Handboek archieven en poststromen' (2002) daarentegen is nog vanuit de 'papieren wereld' geschreven. Het handboek kan als een op de Mesdag toegesneden beheersregeling gezien worden, waarbij het instructiedeel enkele uitvoerende werkzaamheden betreft. In het protocoldeel zijn de verantwoordelijkheden omschreven. Het handboek is niet ingebed in de DJI-omgeving. Bij de inspectie bleek dat zowel het ministerie als DJI hun beheersregels in ontwikkeling hebben. Voor het directiesecretariaat is het plan tot het opstellen van een documentenbeheersplan vastgesteld (2008), waarin instructies voor tal van beheersactiviteiten worden voorzien.

#### *Kwaliteitsmanagement*

Door opnemingsplanning van projecten (bijv. de elektronische patiëntendossiers) en producten (bijv. patiëntendossiers) in de planning en control en in het kwaliteitsmanagementsysteem volgens de HKZ-norm voor GGZ<sup>16</sup> heeft de directie grip op (onderdelen van) de informatiehuishouding. Het kwaliteitsmanagementsysteem wordt regelmatig volgens de HKZ-norm gecertificeerd. Recentelijk werd een voorstel voor het kwaliteitsbeleid tot 2012 geformuleerd. Dit beleid wordt intern ondersteund door een kwaliteitsmedewerker. De afspraken over de inhoud en inrichting van de patiëntendossiers ziet de Erfgoedinspectie als een goede praktijk. In een controleprocedure is echter niet voorzien.

#### **Conclusie**

De Mesdag heeft zonder meer veel aandacht voor de verbetering van zijn informatiehuishouding. Er vindt voldoende sturing en beheersing van de informatiehuishouding plaats, die verloopt via planning- en controlcyclus en via toetsingen in het kader van kwaliteitssystematiek. De verantwoordelijkheden zijn overwegend vastgelegd. De dubbele archiefvorming – digitaal en op papier – kan op den duur een risico voor de beheersbaarheid vormen.

#### **Aanbevelingen**

- Vul het Informatiebeleidsplan aan met de wettelijke kaders, enige relevante NEN-normen en de architectuurprincipes van Nora en Marij, dit met het oog

<sup>16</sup> HKZ = Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen.

op duurzaamheid, interoperabiliteit en dienstverlening. Beraad u over de beslissing over niet te lange tijd over te gaan op een volledig digitaal archiefbeheer(systeem)<sup>17</sup>.

- Actualiseer het Handboek archieven door hierin regels en instructies voor ICT-processen op te nemen. Vul de instructies aan.
- Leg voor de cruciale werkprocessen in checklists o.i.d. vast waaraan de bijbehorende informatie inhoudelijk moet voldoen en hoe het beheer daarvan moet worden ingericht.

## 6.5 Toegankelijkheid, bestandsoverzichten

### criterium

Een overheidsorganisatie moet weten welke informatie zij beheert en waar deze zich bevindt. Dit is nodig om de archiefbestanden verantwoord te kunnen beheren. Een organisatie die onvolledige controle heeft over haar informatie, loopt het risico zich niet toereikend te kunnen verantwoorden en archiefbescheiden niet te kunnen terugvinden. Voor de toegankelijkheid van de blijvend te bewaren archiefbescheiden is een specifieke regeling vastgesteld: de *Regeling geordende en toegankelijke staat archiefbescheiden* (2002).

### Bevindingen

Voorop gesteld zij dat de Erfgoedinspectie slechts zijdelings naar de toegankelijkheid van de digitaal opgeslagen archieven heeft gekeken. Er is beleid rondom de werkzaamheden voor dit aspect vastgelegd, zij het dat deze veel uitvoeriger is voor de 'postregistratie' dan voor de dossierregistratie (zie Handboek archieven, 1.2, bijl. 4).

De verschillende, aan de hoofdprocessen gerelateerde archieven (financieel beheer, personeelsdossiers, bestuur en beleid, patiëntendossiers, facilitaire zaken) en de bestandsonderdelen daarvan zijn toegankelijk via desbetreffende overzichten. Grote delen van verschillende archieven zijn via Decos op dossierniveau toegankelijk gemaakt, waarbij – voor de papieren archieven - tot in de jaren zestig van de twintigste eeuw is teruggewerkt. Dossierregistratie vindt achteraf plaats, na dossierafsluiting. Een vrij actueel, op het eerste gezicht vrij volledig overzicht van de gebruikte applicaties kan inzicht geven in de daarmee gegenereerde archiefbescheiden<sup>18</sup>.

Door een strakke regie op de archiefoverdracht wordt het dynamische archief 'klein' gehouden. Het afgesloten, semi-statische archief is daardoor vrij compleet (zie #.7). Zowel hierdoor als door de concentratie van het semi-statische archief in twee ruimten wordt de praktische toegankelijkheid verhoogd.

### Conclusie

Er is geen integrerend overzicht van de diverse bestandsoverzichten, noch is van alle informatiesystemen duidelijk welke archiefbescheiden bevatten.

### Aanbeveling

Koppel de verschillende bestaande overzichten aan elkaar via een integrerend overzicht en zorg voor het onderhoud daarvan<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Nora = Nederlandse overheid referentie architectuur; Marij = Model architectuur rijksdienst. Zie <http://www.e-overheid.nl/atlas/referentiearchitectuur/marij/marij.xml>.

<sup>18</sup> Zie Informatiebeleidsplan (2006), pag. 61-76.

<sup>19</sup> Voor een handreiking bij het opstellen van een bestandsoverzicht, zie <http://www.erfgoedinspectie.nl/page/archieven/bestandsoverzicht>.



Vul de overzichten aan vooral door te inventariseren welke informatiesystemen archiefbescheiden bevatten.

## 6.6 Bewaring en vernietiging, overbrenging

### criterium

Vernietiging van archiefbescheiden dient uitsluitend plaats te vinden op grond van een vernietigings- of selectielijst. De Archiefwet schrijft voor op welke wijze deze lijsten tot stand moeten komen. Het in de selectielijst voor blijvende bewaring bestemde archief wordt twintig jaar na afsluiting van de archiefbestanddelen overgebracht naar een rijksarchief.

### Bevindingen

De Mesdagkliniek heeft ten aanzien van vernietiging beleid vastgelegd; met betrekking tot de overbrenging heeft het beleid een plichtmatig karakter. Voor de vernietiging is er een bewaartermijnenlijst en de instructie om jaarlijks te vernietigen (Zie Handleiding archieven, par. 1.8 en bijl. 3). Beleid ten aanzien van de in de informatiesystemen opgenomen informatie is niet voorhanden. Bij het opstellen van zijn 'bewaartermijnenlijst' heeft de kliniek onvoldoende rekening gehouden met de selectielijsten voor de ondersteunende processen, die toen al waren vastgesteld. Hierdoor kunnen de vernietigingen voor die processen afwijken van de termijnen die in de aangegeven selectielijsten worden gegeven. Voor de primaire processen is een vernietigingslijst uit 1965 gebruikt die al in 1996 bij de inwerkingtreding van de Archiefwet 1995 van rechtswege vervallen is. Deze lijst werd in 2008 vervangen door een selectielijst<sup>20</sup>. Deze selectielijst is voorlopig niet van toepassing op de patiëntendossiers, zoals de Mesdag bekend is.

De Mesdagkliniek vernietigt regelmatig op grond van bovengenoemde bewaarlijst, waarbij de vernietiging niet in één hand – het Centraal Archief - is. Voor zover de vernietiging via het Centraal Archief verloopt, worden van elke vernietiging een verklaring en een specificatie opgemaakt.

Tijdens de inspectie ter plaatse kon de Mesdag geen duidelijkheid verschaffen over eerdere overbrengingen van Mesdag-archief. Overbrenging van archief van de Mesdag is niet gepland. Uit een navraag van de Erfgoedinspectie bij DJI en het RHC Groningen bleek echter dat de overbrenging van een klein deel van het Mesdag-archief uit de jaren 1951-1993 op stapel staat. Andere informatie over de bewerking en overbrenging van Mesdag-archief aan het RHC kon niet tijdig verkregen worden.

### Conclusie

Het is positief dat de Mesdag op grond van vastgesteld beleid regulier vernietigt en deze vernietiging achteraf voor een deel kan verantwoorden. Minder positief is het dat de gehanteerde bewaarlijst voor een groot deel niet gebaseerd is op de geldende selectielijsten. Daardoor is de vernietiging van archiefbescheiden voor een belangrijk deel onrechtmatig (geweest). De overbrenging van het te bewaren archiefdeel moet voor een deel nog gerealiseerd worden.

### Aanbeveling

- Verwerk de in de geldige selectielijsten opgenomen bewaarbeslissingen in de bewaarlijst van de Mesdag.

<sup>20</sup> Selectielijst minister van Justitie op het beleidsterrein Gevangeniswezen en Terbeschikkingstelling vanaf 1945, Stcrt. 2008, nr. 39; voor TBS-dossiers (van personen en categorieën) zie aldaar, pag. 2-3.

- Dring er vanuit de FPC's bij Justitie / DJI op aan dat de toegezegde aanvulling van de selectielijst voor Gevangeniswezen en Terbeschikkingstelling op korte termijn wordt gerealiseerd.
- Maak met DJI en het RHC Groninger Archieven afspraken over de overbrenging van blijvende te bewaren archief.

## 6.7 Archiefoverdracht en archiefruimten

### criterium

Om te waarborgen dat informatie niet verloren gaat of schade lijdt, stelt de Archiefwet eisen aan de bewaaromstandigheden. Voor blijvend te bewaren archiefbescheiden zijn deze eisen specifiek uitgewerkt in de *Regeling bouw en inrichting archiefruimten en archiefbewaarplaatsen*.

### Bevindingen

De Mesdag heeft vastgesteld beleid voor de archiefoverdracht (par. 1.8 Handleiding archieven). Dit beleid wordt door een reguliere archiefoverdracht uitgevoerd, waarbij de verschillende afdelingen hun afgedane archief naar de twee ruimten van het Centraal Archief verplaatsen.

De ruimten voldoen niet volledig aan de wettelijke eisen voor blijvend te bewaren, over te brengen archief. Dit komt doordat er watervoerende leidingen door de ruimte lopen en doordat de deuren niet minimaal een uur brandwerend zijn. (Daarentegen zijn er wel rookmelders!). Voor de te vernietigen archiefbescheiden voldoen de bewaaromstandigheden wel, al zijn er enige aandachtspunten. Afspraken intern en met de brandweer over de bescherming en ontruiming van kerninformatie bij calamiteiten zijn niet gemaakt.

### Conclusie

De regelmatige archiefoverdracht draagt bij aan een betere beveiliging en betere bewaring van de – papieren - archiefbescheiden. Voor de opslag van blijvend te bewaren archief zijn de ruimten echter niet geschikt.

### Aanbevelingen

- Pas de interne archiefruimte aan voor de bewaring van blijvend te bewaren archief, of:
- Maak met DJI afspraken over de centrale opslag van het blijvend te bewaren archief in een archiefruimte die op alle punten voldoet aan de Regeling bouw en inrichting archiefruimten<sup>21</sup>.

## 6.8 Conclusie

Het archiefbeheer is in het algemeen op orde. Mede door de besturingssystematiek (beleidsvorming, kwaliteitsmanagement) is er een continue aandacht voor de kwaliteit en verbetering van de informatiehuishouding.

Wat het archiefbeleid betreft zijn er twee aandachtspunten:

- Een formele, archiefwettelijke 'afhechting' van de verzelfstandiging is nog niet tot stand gebracht. Afspraken over onder meer de vernietiging en overbrenging van de archieven tot 2008 moeten nog in een 'regeling' met DJI worden vastgelegd. Hierbij zou de Mesdag kunnen aansluiten bij landelijke programma's voor het wegwerken van archiefachterstanden.
- De werkingssfeer van de Archiefwet moet nog precies bepaald worden.

<sup>21</sup> Zie in dit verband de rapportagebrief Erfgoedinspectie (feb. 2008) aan de hoofddirecteur DJI; website Erfgoedinspectie / Archieven -> inspectierapporten.

In het archiefbeheer vragen drie verbeteracties de aandacht:

- Het (logisch) integreren en aanvullen van de bestaande bestandsoverzichten, onder andere met de archiefbescheiden die in de informatiesystemen opgeslagen zijn.
- Het actualiseren van het bewaar- en vernietigingsinstrumentarium aan de hand van de wettelijk vastgestelde of nog vast te stellen selectielijsten.
- De overbrenging van blijvend te bewaren archief.



## 7 Slotbeschouwing

De Mesdagkliniek heeft de afgelopen jaren doelgericht aanzienlijke en ingrijpende veranderingen doorgevoerd. Zo zijn er de afgelopen jaren met name op organisatorisch terrein veel voorbereidende werkzaamheden geweest om de verzelfstandiging van een rijksinrichting tot een particuliere justitiële instelling mogelijk te maken. De kliniek heeft samenwerking gezocht met GGZ-instellingen en heeft dit geconcretiseerd in het samenwerkingsverband Forint, onderdeel uitmakend van Lentis.

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 komen te staan. De kliniek heeft verschillende zorgprogramma's ontwikkeld die richtinggevend moeten worden voor de invulling van de behandeling. Op dit moment is echter de verblijfsunit, samen met de verantwoordelijk behandelcoördinator, nog het meest bepalend voor het programma dat een patiënt volgt. De ISt is van mening dat de directie de implementatie van de zorgprogramma's en eventueel daarmee samenhangende organisatorische wijzigingen voortvarender ter hand moet gaan nemen. Het personeel is veranderingsbereid maar vraagt om een duidelijke keuze van de directie en niet om opeenvolgende initiatieven die door hun kwantiteit een langzame dood sterven.

Het FPC Dr. S. van Mesdag voldoet voor het overgrote deel aan de criteria die de ISt bij een doorlichting van een forensisch psychiatrisch centrum hanteert. De Mesdagkliniek is een instelling waar de rechtspositie van tbs-gestelden over het algemeen voldoende is gewaarborgd. De Mesdagkliniek kan beschouwd worden als een veilige kliniek, al is verbetering op een aantal punten zeker mogelijk. Op het aspect maatschappijbeveiliging voldoet de kliniek over nagenoeg de hele linie, de kliniek is ondernemend waar het gaat om samenwerking met externe partijen om de resocialisatiefase van tbs-gestelden vorm te geven.

De Mesdagkliniek is sinds 2008 een HKZ-gecertificeerde instelling. De uitvoering van de primaire werkprocessen is grotendeels op orde, evenals de beschrijving van de werkprocessen. Op het terrein van de borging zijn echter nog wel verbeteringen te halen. Registratie en metingen vinden niet structureel plaats, monitoring en periodieke evaluaties van werkprocessen zijn ook nog geen vaststaand gegeven. De ISt is van mening dat wanneer de directie hier meer aandacht voor heeft zij grote voordelen kan halen bij de kwaliteitsontwikkeling van haar organisatie.



## Bijlage 1 Aanbevelingen

*De ISt beveelt FPC Dr. S. van Mesdag het volgende aan:*

- 1 Actualiseer het beleid en de werkinstructies ten aanzien van vrijheidsbeperkende middelen en draag zorg voor een periodieke evaluatie daarvan.
- 2 Voer op korte termijn een patiënttevredenheidsonderzoek uit waarin tbs-gestelden o.a. worden bevraagd over hoe zij contacten met de buitenwereld waarderen.
- 3 Bezie hoe de wachttijden voor trainingen en therapieën zoveel mogelijk beperkt kunnen worden.
- 4 Draag zorg voor een integrale monitoring en evaluatie van activiteiten.
- 5 Draag zorg voor het tijdig toesturen van verweerschriften aan het secretariaat van de cvt.
- 6 Voer een systeem van periodieke kamercontroles op contrabande in.
- 7 Evalueer de effectiviteit van het drugsbestrijdingsbeleid.
- 8 Stel de sociotherapeuten in staat trainingen te volgen om conflicten met en tussen tbs-gestelden te deëscaleren en te beheersen.
- 9 Leg vast welke gedragingen van medewerkers ten opzichte van tbs-gestelden vanuit een oogpunt van integriteit onwenselijk zijn en borg dit beleid door het periodiek te evalueren en zonodig bij te stellen.
- 10 Voer voor de kliniek een uniforme checklist in ten behoeve van de voorbespreking van verlof.
- 11 Analyseer en evalueer de uitval van verloven.
- 12 Monitor de onderscheiden processtappen bij de aanvraag machtiging verlof en breng op basis daarvan verbeteringen aan in de doorlooptijd van aanvragen verlofmachtiging.
- 13 Besteed aandacht aan een voor medewerkers tastbaar vervolg op de uitkomst van het tevredenheidsonderzoek en betrek daarbij de ervaren werkdruk bij met name, sociotherapeuten.
- 14 Analyseer de huidige formele communicatie binnen de kliniek, beoordeel deze op doelmatigheid en effectiviteit en stel deze zonodig bij.

*De ISt beveelt FPC Dr. S. van Mesdag en de commissie van toezicht het volgende aan:*

- 15 Monitor de doorlooptijden van de verschillende processtappen in de beklagprocedure.

*De Erfgoedinspectie beveelt FPC Dr. S. van Mesdag het volgende aan:*

- 16 Leg met DJI in een 'regeling' zoals bedoeld in art. 4 Archiefwet, afspraken vast over het beheer van de Mesdagarchieven tot 2008.
- 17 Bepaal de werkingssfeer van de Archiefwet voor de archieven vanaf 2008, door het bereik van de openbaar gezagtaken te bepalen.

- 18 Vul het Informatiebeleidsplan aan met de wettelijke kaders, enige relevante NEN-normen en de architectuurprincipes van Nora en Marij, dit met het oog op duurzaamheid, interoperabiliteit en dienstverlening. Beraad u over de beslissing over niet te lange tijd over te gaan op een volledig digitaal archiefbeheer(systeem).
- 19 Actualiseer het Handboek archieven door hierin regels en instructies voor ICT-processen op te nemen. Vul de instructies aan.
- 20 Leg voor de cruciale werkprocessen in checklists o.i.d. vast waaraan de bijbehorende informatie inhoudelijk moet voldoen en hoe het beheer daarvan moet worden ingericht.
- 21 Koppel de verschillende bestaande overzichten aan elkaar via een integrerend overzicht en zorg voor het onderhoud daarvan. Vul de overzichten aan vooral door te inventariseren welke informatiesystemen archiefbescheiden bevatten.
- 22 Verwerk de in de geldige selectielijsten opgenomen bewaarbeslissingen in de bewaarlijst van de Mesdag.
- 23 Dring er vanuit de FPC's bij Justitie / DJI op aan dat de toegezegde aanvulling van de selectielijst voor Gevangeniswezen en Terbeschikkingstelling op korte termijn wordt gerealiseerd.
- 24 Regel de overbrenging van het blijvend te bewaren archief.
- 25 Pas de interne archiefruimte aan voor de bewaring van blijvend te bewaren archief, of: Maak met DJI afspraken over de centrale opslag van het blijvend te bewaren archief in een archiefruimte die op alle punten voldoet aan de Regeling bouw en inrichting archiefruimten.



## Bijlage 2 Afkortingen

BC	behandelcoördinator
BHV	Bedrijfs hulpverlening
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
cvt	commissie van toezicht
DDC	DienstDoend Coördinator
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DGB	Dienst Geïntegreerde Beveiliging
ForZo	Forensische Zorg
fpc	forensisch psychiatrisch centrum
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
HKZ	Harmonisatiemodel Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
LAP	Landelijke Adviescommissies Plaatsing
MAG	Melding Agressieve Gebeurtenis
MAZ	Manager Algemene Zaken
MDB	MultiDisciplinaire Behandelplanbespreking
MIP	Melding Incidenten Patiënten
OR	Ondernemingsraad
RI&E	Risico-inventarisatie en –evaluatie
RIP	Risico Interventie Patiënt
RSJ	Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
tbs	terbeschikkingstelling
uc	urinecontrole
VIC	Very Intensive Care
VTC	VerlofToetsingsCommissie
ZIM	Zorg Inhoudelijk Manager
ZISZ	Zeer Intensieve Specialistische Zorg



### Bijlage 3 Bronnen

- Beginselenwet / Reglement verpleging ter beschikking gestelden
- Dagprogramma's afdelingen
- Gedragsprotocol
- Handboek archieven en poststromen, mrt. 2002
- HKZ-certificering (10-6-2008) en auditrapport (oktober 2008)
- Huisregels
- Informatiebeleidsplan Centrum Dr. S. van Mesdag 2006-2009
- Jaarplan 2008 en 2009
- Jaarverslag 2007 en 2008
- Jaarverslag 2007 commissie van toezicht
- Kwaliteitsbeleid 2009-2012 van FPC Van Mesdag, concept 2009
- Meerjaren Beleidsplan 2009-2012
- Meldingen bijzondere voorvallen 2008 en eerste kwartaal 2009
- Organogram organisatie
- Overlegstructuur (dd 1-7-2008)
- Overzicht arbeidsverzuim en personeelsmobiliteit in 2008
- Overzicht van afdelingen, soorten, capaciteit en patiëntenbezetting per 1-4-09
- Overzicht behandelde aanvragen verlofmachtiging, verlofevaluaties en aanvragen long-stay door de VTC
- Overzicht personeelsformatie en -bezetting per 1-4-09
- Overzicht separaties 2008 en eerste kwartaal 2009
- Patiënttevredenheidsonderzoek werkzaamheden DGB
- Plan van aanpak professionalisering directiesecretariaat, nov. 2008
- Plattegrond van de kliniek
- Positioneringsstatement FPC Dr. S. van Mesdag
- Rapport follow-up toezichtbezoek aan FPC Dr. S. van Mesdag op 27-11- 2007 (IGZ)
- Rapportage Brandscan
- Rapportagebrief vervolgininspectie DJI, feb. 2008 (zie website Erfgoedinspectie)
- Selectielijst Gevangeniswezen en terbeschikkingstelling vanaf 1945, Stcrt. 2008, nr. 39
- Toetsing BHV Risico-Inventarisatie en -Evaluatie
- Viermaandsrapportage geheel 2008
- Websites FPC Dr. S. van Mesdag, DJI en RHC Groninger Archieven, april-mei 2009 Welzijnsonderzoek medewerkers FPC Dr. S. van Mesdag (2008)
- Werk-, dienstinstructies en protocollen



## Bijlage 4 Inspectieprogramma

### Dinsdag 12 mei 2009

09:30 – 10:00	Aankomst inspecteurs ISt en Erfgoedinspectie, korte kennismaking met de directie
10:00 – 12:15	Rondleiding door de kliniek
10:00 – 10:30	<i>Parallel Erfgoedinspectie:</i> Interview met directeur Algemene Zaken
10:30 – 11:30	<i>Parallel Erfgoedinspectie:</i> Interview hoofd directiesecretariaat
11:30 – 12:00	<i>Parallel Erfgoedinspectie:</i> Interview hoofd kwaliteitszorg
13:00 – 14:30	Interview directie en Raad van Bestuur <i>Parallel Erfgoedinspectie:</i> schouw archief in kantoorruimten
14:30 – 16:00	Interview patiëntenraad
14:30 – 15:30	Interview met hoofd Business Control en manager Civiele Dienst
16:15 – 18:00	Bezoek transmurale voorzieningen

### Woensdag 13 mei 2009

09:30 – 11:00	Interview met sociotherapeuten van de units Instroom en Doorstroom 1
09:30 – 11:00	<i>Parallel:</i> interview manager Dienst Geïntegreerde Beveiliging en inzage documentatie beveiliging
11:00 – 12:30	Interview sociotherapeuten van de units Doorstroom 2 en Uitstroom
11:00 – 12:00	<i>Parallel:</i> interview met de voorzitter van de interne verloftoetsingscommissie
13:00 – 14:30	Interview met unitcoördinatoren
13:00 – 14:00	<i>Parallel:</i> Interview Geestelijke Verzorging
14:45 – 15:45	Interview met behandelcoördinatoren
15:45 – 17:00	Interview met leidinggevende en medewerkers van de dagbesteding
14:00 – 17:00	<i>Parallel:</i> bestuderen documentatie en dossiers

### Donderdag 14 mei 2009

09:30 – 10:30	Inzage digitaal kwaliteitshandboek
09:30 – 10:30	<i>Parallel:</i> interview hoofd en medewerker van de afdeling Patiëntenadministratie
10:30 – 11:30	Interview met afvaardiging Raad van Toezicht
13:00 – 14:30	interview managers algemene zaken
14:30 – 15:30	Terugkoppeling inspectiebezoek management

### Woensdag 27 mei 2009

Telefonisch interview voorzitter commissie van toezicht

### Donderdag 28 mei 2009

Telefonisch interview contactfunctionaris reclassering

## Bijlage 5 Geografische ligging