Medische diensten in penitentiaire inrichtingen: achter tralies nu veiliger zorg, maar verbeteringen nog nodig

Den Haag, juni 2009

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
en de staatssecretaris van Justitie

Gedetineerden zijn een kwetsbare groep. In de eerste plaats door het ontbreken van vrije keuze in het vragen van zorg, zoals de vrije toegang tot huisarts en spoedeisende hulp in een ziekenhuis. Maar vaak ook door een taal- en cultuurbarrière en doordat de psychische en somatische problematiek groter is dan in een vergelijkbare populatie buiten detentie.

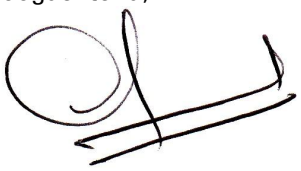
De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft in 2003 een missie en visie over zorg in detentie vastgesteld. Daarna heeft de DJI een grootschalig project gestart om de medische zorg in penitentiaire inrichtingen conform deze missie en visie te brengen op een niveau gelijkwaardig aan de medische zorg buiten detentie. Kernpunten daarvan zijn betere structurering van de medische diensten met een duidelijke functie hoofd medische dienst, administratieve ondersteuning, toegeleiding door penitentiaire verpleegkundigen naar de penitentiaire (huis)artsen (de verpleegkundige vóór de huisarts in de diagnostische fase), heldere functieomschrijving van medewerkers medische diensten en opleiding en scholing van verpleegkundigen en artsen tot penitentiaire verpleegkundigen en artsen. Daarnaast invoering van een Huisarts Informatie Systeem MicroHIS en verbetering van de farmaceutische voorziening. Door deze maatregelen moet de toegang tot en de kwaliteit van de zorg binnen detentie voldoende geregeld zijn en daarmee gelijkwaardig aan de zorg buiten detentie. Eind 2007 moesten deze verbeteringen gerealiseerd zijn.

In 1998 heeft de inspectie het rapport *Zorg achter Tralies* uitgebracht. De inspectie heeft met de DJI afgesproken om na afronding van het verbetertraject eind 2007 een toezichtronde te houden om de kwaliteit van de medische zorg achter tralies te beoordelen. In dit rapport staan de bevindingen van deze inspectieronde.
Na beantwoording van een schriftelijke vragenlijst door 40 van alle 43 medische diensten heeft de inspectie 16 diensten bezocht. Dat waren de 3 diensten die de vragenlijst niet hadden ingevuld, en verder de diensten met de meeste risicofactoren binnen de subverdeling van gevangenissen, huizen van bewaring en gemengde inrichtingen. De onderstaande conclusies zijn gebaseerd op de bezochte penitentiaire inrichtingen en zijn dus, zoals ook uit de formulering blijkt, niet altijd te generaliseren tot alle penitentiaire inrichtingen.

Gebleken is dat de beoordeling van de noodzaak tot medische zorg in avond-, nacht- en weekenddienst een groot veiligheidsrisico is.
Om de zorg op een volledig huisartsgeneeskundig niveau gelijkwaardig aan de zorg buiten detentie te brengen, zijn op basis van het inspectieonderzoek aanbevelingen gedaan aan de individuele instellingen. De bezochte medische diensten hebben intussen plannen van aanpak ingeleverd en de inspectie heeft die beoordeeld. Op deze wijze zijn de instellingen bezig met een verbetering van de zorg. Problemen die daarbij nog veel

aandacht behoeven, zijn de aansluiting van de zorg vóór en na detentie, de farmaceutische zorg inclusief veilig elektronisch voorschrijven, gestructureerde behandeling van klachten en incidenten als onderdeel van een kwaliteitssysteem en verder wisselende aandachtspunten per instelling.

Hoogachtend,



Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, juni 2009

Samenvatting

De zorg in detentie valt onder verantwoordelijkheid van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie. De DJI heeft in haar missie en visie vastgelegd dat de medische zorg voor gedetineerden vergelijkbaar dient te zijn met de zorg buiten detentie. De inspectie heeft alle 43 medische diensten van penitentiaire inrichtingen (PI's) een schriftelijke vragenlijst voorgelegd. De schriftelijke vragenlijsten hebben geleid tot de selectie van de 16 te bezoeken penitentiaire inrichtingen (PI) met een of meer risicofactoren. De onderstaande conclusies zijn gebaseerd op de bezochte PI's en zijn dus, zoals ook uit de formulering blijkt, niet altijd te generaliseren tot alle PI's. Van de bezoeken is per inrichting een rapport gemaakt. De inrichtingen hebben ieder een plan van aanpak gemaakt en de inspectie heeft die beoordeeld om de in de rapporten beschreven onvolkomenheden in de zorg te verbeteren.

De centrale vragen bij de bezoeken aan de medische diensten van PI's waren:
1 Wordt in de penitentiaire inrichtingen verantwoorde zorg geleverd die gelijkwaardig is aan de zorg buiten detentie?
2 Welke risico's zijn te benoemen in de medische zorg die aangeboden wordt door de medische diensten in de penitentiaire inrichtingen?

Gedetineerden behoren tot een kwetsbare groep mensen met veel taal- en cultuurverschillen, verslaving en psychiatrische problematiek. Deze kwetsbare groep bevindt zich in een situatie die gekenmerkt wordt door spanning en beperkingen. Insluiting kan daarbij ziekmakend zijn.
De justitieel artsen en verpleegkundigen zetten zich met veel hart in voor deze bijzondere groep mensen met een intensieve zorgvraag. Daarmee wordt veelal verantwoorde zorg geleverd maar het niveau is nog wisselend en de risico's zijn soms nog hoger dan noodzakelijk.

De medische diensten van de penitentiaire inrichtingen hebben de afgelopen jaren een duidelijke kwaliteitsslag gemaakt door het invoeren van de functie hoofd medische dienst en professionalisering van artsen en verpleegkundigen op weg naar volwaardige justitieel artsen en verpleegkundigen. Tevens is er invulling gegeven aan de toegeleidingsfunctie van de verpleegkundigen en heeft structurering plaatsgevonden van het farmaceutisch proces en de geneesmiddelendistributie. Tot slot zijn de registratiemogelijkheden in het huisartsenregistratiesysteem MicroHIS verbeterd.

Bij het onderzoek bleken nog de volgende risico's:
1 De avond-, nacht- en weekendvoorziening (ANW):
  – Triage door penitentiair instellingswerkers (PIW'ers).
  – Beschikbaarheid van curatief bekwame artsen was niet altijd gegarandeerd.
  – Beschikbaarheid en compleetheid van de medische dossiers.
  – Beheer en gebruik noodvoorraad medicatie.
2 In het automatiseringsysteem MicroHIS werden de probleemlijsten onvoldoende ingevuld.
3 Medicatie voorschrijven ging nog te vaak niet elektronisch (EVS) met risico op fouten, missen van interactie en contra-indicatie.
4 Het beheer en gebruik van de noodvoorraad medicatie was niet op orde.
5 Het bestellen en delen van geneesmiddelen die niet geautoriseerd zijn door een arts.

6 Het uitdelen van medicatie door PIW'ers zonder kennis van werking en bijwerkingen van geneesmiddelen.
7 Het onvoldoende zorg dragen voor continuïteit van zorg vóór en na detentie.

DJI en de inrichtingen zijn geadviseerd de volgende maatregelen te treffen:
1 Avond-, nacht- en weekendvoorziening (ANW):
   – Triage in ANW verbeteren door rechtstreeks telefonisch contact tussen gedetineerde en arts of zorgprofessional.
   – Bij contractering van artsen en verpleegkundigen de nadruk leggen op het krijgen en behouden van voldoende deskundigheid 7x 24 uur.
   – Volledige registratie in MicroHIS van probleemlijsten en actuele medicatie en het beschikbaar stellen van deze gegevens in ANW.
   – Optimaliseren beheer en gebruik van de noodvoorraad conform de aanbevelingen.
2 Consequent en tijdig invullen van probleemlijsten in MicroHIS.
3 Uitsluitend voorschrijven van medicatie in MicroHIS: EVS.
4 Het beheer en gebruik van de noodvoorraad medicatie in overeenstemming brengen met de gemaakte afspraken.
5 Het autoriseren van alle recepten door een arts.
6 Het scholen van PIW'ers in werking en bijwerking van medicatie.
7 Continuïteit vóór en na detentie verbeteren door enerzijds dossieroverdracht en anderzijds meer aansluiting te zoeken bij reguliere (GGZ) zorg.

De inrichtingen hebben een plan van aanpak gemaakt om aan te geven hoe zij hun achterstand op deelaspecten van de zorg gaan inlopen. Deze plannen van aanpak zijn door de inspectie beoordeeld en indien nodig zijn aanvullingen gevraagd. Bij uitvoering van de plannen van aanpak worden de grootste risico's verkleind.
In de tweede helft van 2009 gaat de inspectie 5 van de 16 bezochte medische diensten opnieuw beoordelen en tevens 5 andere inrichtingen, aselect of op grond van meldingen of signalen.
Ten aanzien van taken van de DJI is het aan de staatssecretaris van Justitie om zonodig maatregelen te nemen. Indien een directeur van een penitentiaire instelling in gebreke blijft om voldoende maatregelen te nemen, zal de inspectie daarvan expliciet rapport opmaken voor de directie gevangeniswezen van de DJI.
Indien het hoofd medische dienst op essentiële punten het plan van aanpak onvoldoende vorm geeft of uitvoert, zal de inspectie zijn leidinggevende directeur daarvan mededeling doen. Individuele artsen en verpleegkundigen worden primair door hun leidinggevende gecorrigeerd maar zullen zo nodig via een klacht van de inspectie bij het Regionaal Tuchtcollege worden aangeklaagd.

Inhoudsopgave

Samenvatting *5*

1 Inleiding *11*

2 Conclusies, maatregelen en handhaving *14*
2.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg tijdens kantooruren goed, maar in avond, nacht en weekend risicovol *14*
2.2 Continuïteit van zorg vóór en na detentie onvoldoende geregeld *15*
2.3 Structurele scholing nog in uitvoering, bekwaamheid van artsen niet altijd geborgd *16*
2.4 Onvoldoende actieve monitoring van chronisch zieken *16*
2.5 Verantwoordelijkheden voor medicatie(veiligheid) onvoldoende belegd *17*
2.6 Registratie en analyse van klachten, incidenten en calamiteiten niet structureel gebruikt voor verbetermaatregelen *17*
2.7 Aanbevelingen *18*
2.8 Acties Inspectie voor de Gezondheidszorg *20*

3 Resultaten *22*
3.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg *22*
3.1.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid artsen in avond, nacht en weekend risicovol door triage door PIW'ers *22*
3.1.2 Toegeleidingsfunctie van verpleegkundigen nog divers ingevuld; bij kleine diensten en vrouwengevangenissen risico's voor continuïteit *22*
3.1.3 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de psycholoog over het algemeen voldoende *23*
3.1.4 Beschikbaarheid van de psychiater in avond, nacht en weekend niet altijd probleemloos *23*
3.1.5 Acute tandheelkundige zorg vaak onvoldoende geregeld *23*
3.1.6 Fysiotherapie verantwoord beschikbaar *24*
3.1.7 Bezorgen van medicatie bij spoed en ANW beperkt *24*
3.1.8 Informatie over toegeleiding en de mogelijkheden van verpleegkundigen kon beter *24*
3.1.9 Beperkte mogelijkheden voor sport en ontwikkeling *25*
3.2 Continuïteit van zorg *25*
3.2.1 Tweedelijnszorg voldoende beschikbaar en toegankelijk *25*
3.2.2 Zorgcontinuïteit vóór en na detentie niet goed geregeld *25*
3.2.3 Probleemlijsten in MicroHis onvoldoende vaak ingevuld en niet altijd beschikbaar in avond, nacht en weekend *26*
3.2.4 Voldoende overleg tussen artsen en verpleegkundigen over casuïstiek, maar nog te weinig over beleid en toegeleiding *26*
3.2.5 Teveel risico's voor verloren gaan van kwaliteit bij contracteerbeleid *26*
3.3 Deskundigheid *26*
3.3.1 Deskundigheid artsen pas echt goed als alle artsen opgeleid zijn tot justitieel arts *26*
3.3.2 Deskundigheid verpleegkundige goed, alleen nog niet overal geborgd *27*
3.3.3 Toegeleidingsfunctie goed vorm gegeven, maar nog niet overal voldoende uitgewerkt op de werkvloer *27*

3.3.4 Knelpunten in verantwoordelijkheidstoedeling bij detachering en bij de farmaceutische zorg *27*
3.4 Diseasemanagement *28*
3.4.1 Hoge zorgvraag risico op onvoldoende detecteren en volgen van chronische aandoeningen *28*
3.4.2 Preventie en begeleiding van verslaving en psychiatrische stoornissen moeilijk (in detentie) *28*
3.4.3 Infectiepreventie en informatie op papier goed geregeld, uitvoering leed onder tijdgebrek *29*
3.5 Organisatie van de farmaceutische zorg *29*
3.5.1 Formularium en EVS nog niet altijd gebruikt *29*
3.5.2 Recepten nog teveel buiten EVS om en niet altijd door een arts getekend *29*
3.5.3 Uitdelen van medicatie door ondeskundigen *30*
3.5.4 Ook recht op een goede bijsluiter voor gedetineerde *30*
3.5.5 Teveel risico's in keten van aflevering tot toedienen *30*
3.5.6 Voorraadbeheer niet conform de Geneesmiddelenwet *30*
3.6 Klachten, incidenten, calamiteiten *31*
3.6.1 MIP-commissie niet aanwezig *31*
3.6.2 Klachtenbehandeling onvoldoende duidelijk en systematisch *31*
3.6.3 Calamiteiten niet altijd gemeld *31*

4 Beschouwing *32*
4.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg *32*
4.1.1 Toegeleiding verpleegkundigen *32*
4.1.2 Beschikbaarheid psycholoog *33*
4.1.3 Beschikbaarheid psychiater in avond, nacht en weekend *33*
4.1.4 Acute tandheelkundige zorg vaak onvoldoende geregeld *33*
4.1.5 Fysiotherapie *33*
4.1.6 Bezorgen van medicatie bij spoed en avond, nacht en weekend *33*
4.1.7 Informatie over toegeleiding aan gedetineerden *34*
4.1.8 Beperkte mogelijkheden voor sport en ontwikkeling *34*
4.2 Continuïteit van zorg *34*
4.2.1 Tweede lijnszorg voldoende beschikbaar en toegankelijk. *34*
4.2.2 Zorgcontinuïteit vóór en na detentie niet goed geregeld. *35*
4.2.3 Probleemlijsten in MicroHis niet altijd beschikbaar in avond, nacht en weekend *35*
4.2.4 Voldoende overleg tussen artsen en verpleegkundigen over casuïstiek maar nog te weinig over beleid en toegeleiding *35*
4.2.5 Teveel risico's voor verloren gaan van kwaliteit bij contracteerbeleid *35*
4.3 Deskundigheid *35*
4.3.1 Deskundigheid artsen pas echt goed als alle artsen opgeleid zijn tot justitieel arts *35*
4.3.2 Deskundigheid verpleegkundige is goed, alleen nog niet overal geborgd *36*
4.3.3 Toegeleidingsfunctie goed vormgegeven, maar nog niet overal voldoende uitgewerkt op de werkvloer *36*
4.3.4 Knelpunten in verantwoordelijkheidstoedeling bij detachering en bij de farmaceutische zorg *36*
4.4 Disaesemenagement *37*
4.5 Organisatie van farmaceutische zorg *37*
4.6 Klachten, incidenten, calamiteiten *37*

5 Summary *38*

Bijlagen

1 Schriftelijke vragenlijst penitentiaire inrichtingen *41*
2 Bezochte inrichtingen *46*
2 Toelichting scorekwalificaties per onderwerp *47*
4 Lijst van afkortingen *56*

1 Inleiding

Aanleiding

De zorg in detentie valt onder verantwoordelijkheid van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie. In 1998 heeft de inspectie het rapport *Zorg achter Tralies* gepubliceerd. Bij een rapport over het overlijden van een gedetineerde in 2003 constateerde de inspectie nog weinig wezenlijke verbetering in de zorg in penitentiaire inrichtingen. De medische zorg heeft vanaf toen meer aandacht gekregen. In 2003 heeft de DJI in haar missie en visie vastgelegd dat de medische zorg voor gedetineerden vergelijkbaar dient te zijn met de zorg buiten detentie. Vanuit dit beleidskader zijn de afgelopen jaren vele initiatieven genomen om de kwaliteit van zorg van de medische diensten in de penitentiaire inrichtingen te verbeteren en te borgen. Tot deze initiatieven behoren de aandacht voor de deskundigheid van de medewerkers, de positionering van het hoofd medische dienst, het regelen van administratieve ondersteuning en de invoering van het elektronisch patiëntendossier door middel van MicroHIS met daaraan gekoppeld het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS). Een ander initiatief was het project Verantwoord Medische Zorg met invoering van deelwerkprocessen en de protocollering van de toegeleidingsfunctie van de verpleegkundige: de justitieel verpleegkundige fungeert als toegeleider naar de arts en beoordeelt in eerste instantie de klachten op basis van geprotocolleerde, gedelegeerde taken. Indien de verpleegkundige dit nodig vindt, bij twijfel over de afhandeling van de hulpvraag of op uitdrukkelijk verzoek van de gedetineerde, verwijst hij/zij de gedetineerde door naar de arts. Door deze maatregelen moet de toegang tot en de kwaliteit van de zorg binnen detentie voldoende geregeld zijn en daarmee gelijkwaardig aan de zorg buiten detentie.

De populatie van gedetineerden verschilt wezenlijk van die in de buitenwereld. Er zijn taal- en cultuurverschillen, relatief veel verslaafden en mensen met psychiatrische problematiek. De populatie is sterk wisselend en de zorg is meer afhankelijk van een team dan van individuele zorgverleners; dat stelt hoge eisen aan dossiervorming en overdracht. De omgeving kan ziekmakend zijn en de secundaire ziektewinst voor gedetineerden is vaak groot. Het bezoek aan de medische dienst kan een welkome afwisseling zijn in het gedetineerdenbestaan. Deze factoren resulteren in een hoge consumptie van zorg en minder betrouwbare anamnese met als risico dat wezenlijke problematiek onvoldoende herkend wordt. Ook hebben gedetineerden minder mogelijkheden tot het vragen van een second opinion. Al met al zijn gedetineerden een kwetsbare groep met een hoog risico op minder optimale zorg.

Doelstelling

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft met de DJI afgesproken dat zij na het implementeren van de verbeteringen eind 2007 zou beoordelen of de veranderingen voldoende hebben bijgedragen aan het gestelde doel: medische zorg in detentie hoort vergelijkbaar te zijn met zorg buiten detentie. Andere doelen van het onderzoek waren risicovolle zorg van medische diensten te detecteren en zo nodig gerichte verbeterplannen te laten opstellen door betreffende diensten.

Centrale vraagstelling

De centrale vraag was:"Wordt in de penitentiaire inrichtingen verantwoorde zorg geleverd die gelijkwaardig is aan de zorg buiten detentie?"
Indien zorg minder verantwoord is of niet gelijkwaardig is aan de zorg buiten detentie is de volgende vraag of dit risico's met zich meebrengt en zo ja welke. Een tweede vraag

die tijdens het toezicht beantwoord moest worden, was daarmee: "Welke risico's zijn te benoemen in de medische zorg die aangeboden wordt door de medische diensten in de penitentiaire inrichtingen?"

Onderzoeksmethode

In 2005 heeft de inspectie 6 medische diensten van penitentiaire inrichtingen (PI) bezocht om te komen tot een toezichtinstrument voor alle medische diensten. Deze pilot heeft geleid tot een vragenlijst en een bezoekinstrument.
De vragenlijst (bijlage 1) was gericht op de normen van de DJI (bemensing, organisatie, scholing) en op de normen van de beroepsgroepen in de eerste lijn. De vragenlijsten zijn in december 2007 ingevuld door de hoofden medische diensten van alle penitentiaire inrichtingen (43); 3 vragenlijsten zijn niet teruggestuurd en 40 vragenlijsten werden ingevuld teruggestuurd. Het Penitentiair Ziekenhuis had ook een vragenlijst ingevuld, maar is vanwege zijn aparte positie niet meegenomen in de analyse. Van de 43 locaties werden er 16 bezocht in de periode maart-juni 2008. Daarbij is gebruikgemaakt van het Instrument Toezicht Medische Dienst Penitentiaire Inrichtingen zoals dat na de bezoeken in 2005 is ontwikkeld (bijlage 2).
De selectiecriteria die gehanteerd zijn voor het bepalen welke PI's bezocht werden, waren de volgende:

- Niet invullen/opsturen van de vragenlijst.
- Niet opgenomen zijn in het vooronderzoek van de inspectie in de ronde van 2005/2006.
- Niet voldoen aan de norm van de DJI wat betreft het aantal fte arts of verpleegkundige.
- Het onvoldoende kunnen aanbieden van een afspraak met de medische dienst binnen 48 uur.
- Het niet kunnen aanleveren van aantallen gedetineerden die bekend zijn met chronische aandoeningen zoals diabetes.
- Het werken met niet als huisarts geregistreerde artsen.
- Het niet uitgewerkt hebben van toegeleidingsprotocollen.
- Een hoog ziekteverzuim van de verpleging.

Het betrof dus een selecte steekproef van de 43 medische diensten (negatieve selectiecriteria).
De 3 locaties die geen vragenlijst hadden opgestuurd, werden direct opgenomen in de bezoeklijst. De overige PI's zijn verdeeld over drie groepen: PI's die voornamelijk fungeren als huis van bewaring, PI's die voornamelijk gevangenis zijn en PI's die een gemengde populatie hebben. De PI's die binnen hun groep het grootste aantal items (negatief) scoorden, werden bezocht (ten minste vier binnen elke groep). De bezochte inrichtingen (bijlage 2) hebben een individueel rapport gekregen.

Toetsingskader

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie bij de bezoeken gebruikgemaakt van het Instrument Toezicht Medische Dienst Penitentiaire Inrichtingen (bijlage 3). Het instrument is gebaseerd op beroepsnormen in de eerstelijnszorg, zoals de NHG-standaarden, het beleidskader en de visie medische zorg penitentiaire inrichtingen van de Dienst Justitiële Inrichtingen en wetgeving, zoals de penitentiaire beginselenwet en de gezondheidszorgwetgeving. Betreffende de gezondheidszorgwetgeving gaat het om de volgende wetten:

- Gezondheidswet.
- Kwaliteitswet zorginstellingen.

- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen artikel 63 (Wet BOPZ).
- Geneesmiddelenwet.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

In het instrument zijn 6 aandachtsgebieden opgenomen, namelijk:
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.
- Continuïteit van zorg.
- Deskundigheid.
- De georganiseerde en gestructureerde zorg voor chronische zieken (disease-management) en preventie.
- Organisatie van de farmaceutische zorg.
- Klachten, incidenten, calamiteiten.

Het oordeel over de verschillende aandachtsgebieden werd gevormd op basis van gesprekken met het hoofd medische dienst, twee verpleegkundigen, een van de artsen en een vertegenwoordiging van gedetineerden.
De directies van de bezochte inrichtingen hebben uiterlijk in augustus 2008 een rapport ontvangen met de resultaten van het bezoek aan hun inrichting. De bezochte inrichtingen hebben op grond van de aanbevelingen in hun rapport in september en oktober 2008 een plan van aanpak ingediend. In oktober en november 2008 heeft de inspectie die beoordeeld. Daarop zijn diverse plannen bijgesteld en in januari 2009 alsnog goed bevonden.

2 Conclusies, maatregelen en handhaving

De antwoorden op de schriftelijke vragenlijsten hebben geleid tot de selectie van de 16 te bezoeken penitentiaire inrichtingen (PI) met een of meer risicofactoren. De onderstaande conclusies zijn gebaseerd op de bezochte PI's en zijn dus, zoals ook uit de formulering blijkt, niet altijd te generaliseren tot alle PI's. Gegevens uit de schriftelijke vragenlijst geven geen aanleiding om de conclusies minder duidelijk te maken dan zij hier staan. Bij de resultaten in hoofdstuk 3 staan gegevens uit de schriftelijke vragenlijst expliciet vermeld.

Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste conclusies met betrekking tot gelijkwaardigheid van zorg en de risico's in de zorg voor gedetineerden. Bij de toezichtbezoeken is gebleken dat de medewerkers van medische diensten enthousiast zijn over het geven van zorg aan de specifieke doelgroep van de gedetineerden. Er wordt gestreefd naar zorg die ten minste gelijkwaardig is aan de zorg buiten detentie. Gedetineerden gaven over het algemeen aan tevreden te zijn over de dagelijkse toegang tot de medische diensten en goed geholpen te worden. Geconcludeerd kon worden dat de veranderingen op basis van het project Verantwoord Medische Zorg (VMZ) hebben bijgedragen aan een betere formalisering en structuur van de zorg en daarmee aan een verbetering van de kwaliteit en toegang tot de zorg in detentie. Maar de medische diensten blijken nog in ontwikkeling. Het handelen is gericht op de zorgvraag van de individuele patiënt en de medewerkers namen te weinig tijd voor kwaliteitsmanagement. Een professionele visie over het totale proces, de continuïteit van zorg en professionele feedback naar de aansturing van DJI, werd vaak gemist. De inspectie signaleerde bij alle bezochte PI's wel een aantal knelpunten, die kunnen leiden tot verminderde toegang tot deskundige zorg of verminderde continuïteit van zorg en daarmee tot risico's. De zorg in avond, nacht en weekend kende diverse risico's. De gestructureerde zorg en begeleiding van chronisch zieken binnen de inrichtingen, de organisatie van de farmaceutische zorg en de omgang met klachten, incidenten en calamiteiten getuigden niet altijd van handelen zoals van professionals verwacht mag worden. Voor de kwetsbare groep gedetineerden konden deze aspecten als risico worden aangemerkt. De conclusies over mogelijke risico's in de verschillende aspecten van zorg zullen per paragraaf worden beschreven[1].

2.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg tijdens kantooruren goed, maar in avond, nacht en weekend risicovol

Met waardering constateert de inspectie dat de formatie medewerkers van medische diensten op niveau is gebleven ondanks de algemene bezuinigingsmaatregelen binnen de DJI. De huisvesting van de medische dienst in of nabij het cellencomplex was veelal echter niet meegegroeid met de omvang van de medische dienst en dat geeft beperkingen voor de medewerkers en een gebrek aan privacy voor de gedetineerden. Ook het systeem van briefjes bij aanvraag van bezoek aan de medische dienst kent te weinig borging van privacy van gedetineerden.

[1] Bij dit toezicht is specifiek gekeken naar de toegang tot en het functioneren van de medische diensten. De psychologische zorg valt niet onder de medische diensten in penitentiaire inrichtingen. De toegang tot psychologische zorg is aandachtspunt geweest, maar de kwaliteit van de psychologische zorg is geen onderdeel geweest van deze toezichtronde.

De formatie van artsen en verpleegkundigen is vastgesteld aan de hand van het aantal detentieplaatsen. Kwantitatief was de formatie van artsen op orde, maar de formatie houdt geen rekening met de verhoogde zorgvraag van vrouwelijke gedetineerden en met hoge doorstroming met veel inkomsten (het insluiten van gedetineerden die van buiten komen of zijn overgeplaatst vanuit een andere inrichting) .

Buiten kantooruren zijn geen verpleegkundigen aanwezig en zijn artsen oproepbaar. De penitentiaire inrichtingswerkers (PIW) moeten in vele inrichtingen beoordelen of medische zorg noodzakelijk is. Aangezien PIW'ers niet medisch geschoold zijn, betekent dit een hoog risico op verkeerde beoordeling met incidenten of calamiteiten als gevolg.

De formatie verpleegkundigen was vaak niet op orde ten gevolge van onvoldoende mogelijkheden voor vervangen bij langdurig zieken en zwangerschapsverlof. Het invullen van reguliere vacatures verliep ook traag en het kostte veel tijd voordat nieuwe verpleegkundigen voldoende deskundigheid hebben om volledig ingezet te worden. Met name bij kleine diensten leidde dit tot knelpunten.

De toegankelijkheid en beschikbaarheid van de psycholoog en de psychiater op kantoortijden gaf weinig problemen. In avond, nacht en weekenden (ANW) was psychiatrische expertise soms op grote afstand en moeizaam te realiseren.

Tandheelkundige voorziening was overal aanwezig, maar de opvang van acute tandheelkundige klachten was lang niet altijd geregeld.

De informatie aan gedetineerden over de toegeleiding en toegankelijkheid van de zorg kon beter. Met name door taal- en cultuurverschillen komt eenmalig verstrekte informatie onvoldoende over. De toegeleidingsfunctie van de verpleegkundigen was voor gedetineerden vaak onvoldoende duidelijk.

2.2 Continuïteit van zorg vóór en na detentie onvoldoende geregeld

Behoudens een enkel probleem bij de capaciteit van het vervoer was toegang tot de regionale tweede lijn geen probleem. Wachtlijsten en onduidelijkheid over competenties van het Penitentiair Ziekenhuis zorgen voor beperkte verwijzing naar dit ziekenhuis, maar regionaal was de toegankelijkheid van medisch specialistische zorg geen probleem.

Het verkrijgen van medische en farmaceutische gegevens bij inkomsten blijft een moeizaam proces, dat vaak afhankelijk is van persoonlijke netwerken en veel telefonisch overleg van verpleegkundigen. Ook de beschikbaarheid van gegevens uit TULP en DUWAR[2] bij overplaatsing gaf vertraging en vergde inspanning om tijdige continuïteit van zorg te regelen.

De meeste medische diensten waren onvoldoende ingesteld op het regelen van continuïteit van zorg bij ontslag, soms door onverwacht of onbekend ontslag, vaak doordat er geen systeem was om de gedetineerde tijdig in het bezit te stellen van benodigde gegevens uit het medisch dossier en het farmaceutisch paspoort.

---

[2] Ondersteunende ICT waarin patiëntendossiers worden opgeslagen binnen DJI.

Het elektronisch medisch dossier MicroHIS werd nog onvoldoende gebruikt. Niet altijd waren probleemlijst en actuele medicatie ingevuld, ook de toegankelijkheid voor waarnemers in de avond, nacht en weekenden en voor de psychiaters was onvoldoende geregeld, en prescriptie buiten MicroHIS om geeft risico's ten aanzien van contra-indicatie en interactiebewaking.

De artsen waren nog vaak te weinig beschikbaar buiten de spreekuurtijden om beleid, toegeleiding en protocollen te bespreken en vast te stellen.

2.3 Structurele scholing nog in uitvoering, bekwaamheid van artsen niet altijd geborgd

In de penitentiaire inrichtingen werken geregistreerde huisartsen en artsen die niet als huisarts geregistreerd zijn. De niet als huisarts geregistreerde artsen zijn bevoegd om die zorg te verlenen als zij daartoe bekwaam zijn. Tijdens de bezoeken bleek dat de deskundigheid van artsen meestal voldoende is, maar de bekwaamheid was niet geborgd. Deze (huis)artsen zijn in dienst van of verbonden aan instellingen als de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), forensisch medische maatschap Utrecht (FFMU) en forensische artsen Regio Rijnmond (FARR). De penitentiaire inrichting heeft een contract met deze instellingen en huurt zo de artsen in. Met name de curatieve ervaring en deskundigheidsbevordering van niet-huisartsen was niet schriftelijk vastgelegd en functionerings- en beoordelingsgesprekken vielen soms buiten het zicht van de medische dienst.
De opleiding van huisartsen tot justitieel artsen is recent gestart. In 2010 kan de opleiding pas voor het eerst worden afgerond.

De opleiding van verpleegkundigen tot justitieel verpleegkundigen was goed op gang. De deskundigheid van verpleegkundigen werd nog sterk bepaald door ervaring. Bij hoge uitval door ziekte, zwangerschap of wisseling van verpleegkundigen ontstonden knelpunten in de kwaliteit van zorg.

Een samenhangend scholingsbeleid was niet op alle plaatsen operationeel of geborgd.

De toegeleidingsfunctie als instrument om de juiste zorg op het juiste niveau te leveren, is als principe bekend en er wordt naar gewerkt. De concrete uitwerking op lokaal niveau was nog onvoldoende totstandgekomen, enerzijds door gebrek aan structureel overleg tussen artsen en verpleegkundigen, anderzijds door diversiteit van visie van verschillende artsen.

De invoering van de functies hoofd medische dienst en administratief medewerker heeft een positief effect gehad op de duidelijkheid in taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. De mate waarin het hoofd medische dienst aan de functie inhoud geeft was nog wisselend, afhankelijk van het individu en de opstelling van de directie en van de artsen.

2.4 Onvoldoende actieve monitoring van chronisch zieken

De begeleiding van gedetineerden met chronische aandoeningen vond onvoldoende plaats volgens de NHG-standaarden. Teveel hanteerden artsen en verpleegkundigen het uitgangspunt dat de gedetineerden een grote zorgvraag hebben en actieve begeleiding

niet noodzakelijk is. Dat betekende een reëel risico op onvoldoende zorg voor gedetineerden met chronische ziekten.

2.5 Verantwoordelijkheden voor medicatie(veiligheid) onvoldoende belegd

De wettelijke verplichting tot het gunnen van de zorg via een aanbestedingsprocedure heeft tot gevolg gehad dat bestaande apothekers en medische diensten hun verantwoordelijkheden loslieten in afwachting van de nieuwe contracten. Er is te weinig zorg besteed aan de overgangsfase tijdens de procedure.

Bij vrijwel alle bezochte inrichtingen waren meerdere knelpunten te noemen in het receptenverkeer en het beheer van de voorraad geneesmiddelen:

- Er werd niet altijd gebruikgemaakt van het elektronische voorschrijven via MicroHIS. In plaats daarvan gebruikte men handmatig ingevulde receptlijsten met het gevaar van overschrijffouten.
- Recepten werden, hoewel wettelijk verplicht, vaak niet geautoriseerd door een arts.
- Geneesmiddelen met de U(itsluitend) R(ecept) status werden uit de noodvoorraad gehaald door verpleegkundigen, vaak zonder tussenkomst van een arts. Het feit dat het pakken van de geneesmiddelen en het toedienen ervan daarbij feitelijk in een hand ligt, is een risico voor de medicatieveiligheid. Daarnaast is het van belang dat de medicatiehistorie van de patiënt in de apotheek geactualiseerd wordt.
- De verantwoordelijkheid voor de voorraad was niet voldoende belegd met als gevolg geen sluitende registratie van wat in en uit de voorraad wordt gehaald, en onvoldoende beleid op houdbaarheid en omvang van de voorraad (vaak veel te veel).
- De medewerkers van de medische diensten zagen de apotheker als de direct verantwoordelijke voor de noodvoorraad, terwijl deze, op basis van de Geneesmiddelenwet, hier niet direct voor verantwoordelijk kan zijn.
- Gedetineerden kregen geen bijsluiters bij nieuwe medicatie hoewel dit onderdeel is van de informatieplicht van de zorgverlener en tevens van belang is voor medicatieveiligheid.
- Medicatie werd gedeeld door penitentiair inrichtingswerkers die geen scholing hebben gehad over werking en bijwerking van medicatie.
- Farmacotherapeutisch overleg (FTO) of inhoudelijk werkoverleg van de artsen met de apotheker vond niet plaats.

2.6 Registratie en analyse van klachten, incidenten en calamiteiten niet structureel gebruikt voor verbetermaatregelen

Binnen het gevangeniswezen werd het registreren en analyseren van incidenten en opstellen van verbetermaatregelen nog niet toegepast als kwaliteitssysteem. Hetzelfde geldt voor het registreren en leren van klachten. De procedure voor de afwikkeling van klachten was voor gedetineerden vaak onhelder en de conclusies werden onvoldoende teruggekoppeld.

Sterfgevallen en suïcides werden regelmatig niet gemeld als calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

2.7 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de staatssecretaris van Justitie en de DJI in samenwerking met het veld

- Vanaf 1 oktober 2009 dient bij het aanbesteden van de justitieel medische zorg, zowel voor de dagelijkse zorg als voor de avond-, nacht- en weekenduren, nadrukkelijk gestreefd te worden om alleen zorg te contracteren van huisartsen in opleiding tot justitieel arts of al bekende justitieel artsen of artsen met gelijkwaardige (curatieve) bekwaamheid.
- De DJI moet in 2009 een oplossing vinden voor mogelijk verminderde continuïteit in de overgangsfase bij een nieuwe gunning van de (huisartsen)zorg en voor het verlies van opgebouwde expertise.
- De toegang tot de medische zorg in de avond en nacht is te verbeteren door gedetineerden met een medische klacht laagdrempelig telefonisch contact (met een voor andere lijnen afgeschermde telefoon) te laten hebben met de dienstdoende arts of een professioneel triagist. Hierdoor kan de triage door professionals worden uitgevoerd en direct bij de gedetineerde worden afgenomen in plaats van via de PIW'er. Invoeren vóór 1 oktober 2009.
- Voor de verpleegkundige zorg dient nagedacht te worden over een stabielere oplossing bij uitval door (langdurig) verlof of vacatures, bijvoorbeeld door middel van het werken met een pool van mensen die uitgeruild kunnen worden tussen verschillende PI's in geval van tekorten.
- Op dit moment is het beleid dat het niet is toegestaan om de systemen van de medische dienst en de apotheek te koppelen, zodat de recepten die in MicroHIS zijn voorgeschreven direct bij de apotheek zichtbaar te maken zijn. Een directe verbinding met door de arts geautoriseerde recepten zou medicatieveiligheid kunnen bevorderen.
- Vóór 1 oktober 2009 dient een systeem voor meldingen van incidenten (MIP) ontwikkeld en geïmplementeerd te worden.
- De opleidingsmodules voor justitieel arts en verpleegkundigen dienen eind 2009 operationeel en voldoende beschikbaar te zijn.

Aanbevelingen voor de penitentiaire inrichtingen

De rapportages per bezochte medische dienst van de PI hebben geleid tot een plan van aanpak om hun individuele zwakke punten op te lossen.

Aanbevelingen voor de toegeleiding

- Alle PI's dienen voor 1 december 2009 de toegeleidingsfunctie door middel van heldere schriftelijke informatie aan de gedetineerden kenbaar te maken.
- De communicatie over de toegeleidingsfunctie moet worden aangevuld met een duidelijke profilering van de verschillende functies van het personeel binnen een medische dienst. Naam/functiebordjes met functies van administratief medewerker, verpleegkundige of arts of mogelijk herkenbare kleding kunnen hier een bijdrage aan leveren.
- De toegeleidingsfunctie heeft twee doelen: triage en het verlenen van de zorg op het juiste niveau. Verdere uitwerking hiervan door artsen en verpleegkundige moet voor 1 september 2009 aantoonbaar functioneren.
- De medische diensten moeten vóór 1 oktober 2009 een aparte brievenbus krijgen voor medische verzoekbriefjes die geleegd wordt door verpleegkundigen en niet door PIW'ers.

Aanbevelingen met betrekking tot continuïteit

- De medische en farmaceutische voorgeschiedenis dient zo mogelijk schriftelijk te worden bevestigd door een eerdere zorgverlener.
- Vanaf 1 oktober 2009 moet de medische dienst een kopie van de probleemlijst en de medicatielijst meegeven aan alle gedetineerden (met relevante medische historie) bij vrijlating.

Aanbevelingen met betrekking tot diseasemanagement en kwaliteitsbeleid

- Indien er meerdere artsen op de medische dienst werken, dient het hoofd medische dienst één arts aan te wijzen, die probleemeigenaar wordt van de medische inhoud van het kwaliteitsbeleid, de protocollen en het diseasemanagement.
- Er moet een visie en plan van aanpak worden gemaakt voor het diseasemanagement van met name de frequent voorkomende chronische aandoeningen.
- Het hoofd medische dienst organiseert een gestructureerd overleg met het voltallig medisch team (artsen en verpleegkundigen) om uniforme werkafspraken te maken en te evalueren.

Aanbevelingen met betrekking tot farmaceutische zorg en geneesmiddelendistributie

- Vanaf 1 juli 2009 moet van alle gedetineerden een actuele probleemlijst in MicroHIS staan.
- Vanaf 1 juli 2009 worden alle medicatievoorschriften via MicroHIS en dus volgens het formularium uitgeschreven (Elektronisch Voorschrijf Systeem: EVS).
- Recepten mogen niet handmatig worden (over)geschreven.
- Vanaf 1 juli 2009 worden alle recepten altijd de eerstvolgende werkdag geautoriseerd te worden door een arts.
- Voor 1 juli 2009 dient het hoofd medische dienst een sluitend systeem in te voeren welk medicijn door wie en voor wie, uit de noodvoorraad gehaald wordt.
- De verantwoordelijkheden voor het beheer van de noodvoorraad moet duidelijk worden belegd: de verantwoordelijkheid voor de noodvoorraad kan volgens de wet niet direct bij de apotheker liggen. De noodvoorraad is te beschouwen als een dokterstas, waarvoor de arts dan ook verantwoordelijk is. Er kan alleen in geval van spoed gebruik van gemaakt worden en alleen in opdracht van de arts. Andere medicatie dient aangevraagd te worden bij de apotheek. Eventueel gebruik van de noodvoorraad dient door middel van het aanmaken van een recept in MicroHIS kenbaar gemaakt te worden in het dossier van de patiënt.
- Gedetineerden moeten vanaf 1 juli 2009 een bijsluiter te krijgen bij de start van nieuwe medicatie.
- De PIW'er behoort enige kennis te hebben van geneesmiddelen. Omdat PIW'ers eerste contactpersoon zijn in de zorg is het verstandig hen te scholen zodat zij in hun functie als verlengde arm van de medische dienst bekwaam zijn in het signaleren van (bij)werkingen.

Aanbevelingen voor klachten, incidenten en calamiteiten

- De klachtenregeling voor de medische dienst moet helder zijn voor de gedetineerden.
- Klachten dienen vanaf 1 oktober 2009 te leiden tot terugkoppeling naar alle betrokkenen.
- Registratie, analyse en aggregatie van klachten dienen gebruikt te worden voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

2.8 Acties Inspectie voor de Gezondheidszorg

Kritische factoren bij de maatregelen zijn:

- Verbeteren toegankelijkheid van zorg in ANW door de triagefunctie bij de PIW'er zo klein mogelijk te maken. De gedetineerde met medische klachten dient rechtstreeks telefonisch contact te kunnen hebben met een dienstdoende arts of een professioneel triagist. Als de directeur daar protocollair niet in voorziet vóór 1 september 2009 zal de inspectie de directie van de DJI daar op wijzen.
- Het onvoldoende invullen van de probleemlijsten en het veilig gebruik van het EVS is een basistaak voor de artsen. De minimum norm is dat bij 90 procent van gedetineerden die langer dan een week verblijven in de PI, de probleemlijst is ingevuld en 99 procent van de recepten wordt voorgeschreven via EVS. Indien

artsen deze percentages niet halen, zal de inspectie bij een calamiteit met een van deze oorzaken een tuchtklacht indienen.
- Bij de follow-up en bij incidententoezicht zal de inspectie controleren dat alle recepten door een arts getekend worden en dat die werkwijze in de protocollen en procesbeschrijvingen verankerd is.
- Indien in de tweede helft van 2009 het hoofd medische dienst het beheer van de noodvoorraad medicatie niet in overeenstemming met de norm heeft gebracht c.q. heeft laten brengen, zal de inspectie bij de directeur van de instelling aandringen op maatregelen tegen het hoofd medische dienst en de verantwoordelijke arts.

De overige maatregelen zijn van belang voor de kwaliteit van de zorg en om de zorg in detentie op gelijkwaardig niveau te krijgen als de zorg buiten detentie. Er zitten echter geen maatregelen bij die bij niet invullen in 2009 moeten leiden tot ingrijpen van de IGZ.
Wel benadrukt de IGZ dat het een belangrijke taak voor de DJI is om actief te blijven werken aan het ontwikkelen van beleid om de continuïteit van zorg vóór en na detentie te verbeteren, een goede MIP-structuur neer te zetten en de risico's van discontinuïteit bij de aanbestedingstrajecten te minimaliseren.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de 16 bezoeken per aandachtsgebied weergegeven. De items worden behandeld in de volgorde van het bij het bezoek gehanteerde instrument (bijlage 3). Als de resultaten mede gebaseerd zijn op de schriftelijke vragenlijst wordt dat duidelijk vermeld.

3.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg

3.1.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid artsen in avond, nacht en weekend risicovol door triage door PIW'ers

De formatie van artsen voldeed ten tijde van de bezoeken bij alle bezochte inrichtingen aan de norm van DJI. In de gevallen (4) waar de formatie niet geborgd was door schriftelijke afspraken over waarneming, waren over het algemeen wel mondelinge afspraken over waarneming. Veelal werd de formatie van de artsen ingevuld door meer artsen die ook voor elkaar waarnamen. Er was niet veel onderling contact met de diverse artsen om het beleid af te stemmen. In geval van gedetineerde vrouwen en hun kinderen werd geen rekening gehouden met de grotere zorgvraag van deze doelgroep.
De inzet van artsen in de avond-, nacht- en weekenddienst was divers geregeld, via de organisaties GGD, Forensische Medische Maatschap Utrecht (FFMU) en Forensische Artsen Regio Rijnmond (FARR), via de maatschap van eigen huisartsen of via de huisartsenpost. De organisaties zetten daarbij artsen van wisselend niveau en bekwaamheid in. De PI's hadden onvoldoende zicht op de borging van de curatieve bekwaamheid van deze artsen.
Een belangrijk knelpunt was dat de beoordeling of een consult van een arts dat nodig is in de avond, nacht en het weekend vaak gedaan werd door een penitentiair inrichtingswerker (PIW'er) die niet opgeleid is om deze triagefunctie uit te voeren.
Ook de toegankelijkheid van de medische gegevens in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) MicroHIS, zoals een recent journaal, de probleemlijst en de lopende medicatie, was lang niet altijd voldoende geregeld voor de waarnemers.

3.1.2 Toegeleidingsfunctie van verpleegkundigen nog divers ingevuld; bij kleine diensten en vrouwengevangenissen risico's voor continuïteit

Met de formatie van verpleegkundigen was het in de bezochte PI's verschillend gesteld. In 7 van de 16 inrichtingen was de formatie niet operationeel: deze inrichtingen hadden een formatie onder de DJI-norm of hadden te maken met tijdelijke tot langdurige vacatures. Dit werd mede veroorzaakt door de wijze waarop de vacaturestelling eerst intern en dan pas extern mag. Vervolgens vergt het inwerken op deze specifieke functie nog enige tijd waardoor de onderbemensing soms erger was dan uit de cijfers blijkt. Een veelgenoemd knelpunt was dat er binnen DJI geen waarneming in het budget zit indien werknemers met zwangerschapsverlof zijn. Ook bij ziekte bleek het moeilijk waarneming te krijgen voor deze specifieke doelgroep. Vooral bij kleine teams leidde dit gemakkelijk tot overbelasting van het personeel en soms zelfs tot het afzeggen van spreekuren. Het inzetten van personeel op andere locaties leidde soms tot knelpunten bij locaties die zelf de formatie goed op orde hebben.
De formatie verpleegkundigen was volledig geënt op het aantal detentieplaatsen. De werkdruk is echter ook sterk afhankelijk van het aantal inkomsten. Ook PI's met vrouwen vergen substantieel meer zorg.

Hoewel de toegang tot de medische dienst vaak goed geregeld was, wordt de waarde van deze toegang bepaald door de effectiviteit van de toegeleiding door de verpleegkundige naar de arts. De toegeleiding met de deelwerkprocessen wordt door artsen en verpleegkundigen gezien als een waardevolle formalisering van een aantal al langer toegepaste ongeschreven regels. Hoewel duidelijke vooruitgang zichtbaar was door het toepassen van deelwerkprocessen en de instrumentenset daarvoor, was er nog veel diversiteit in de toepassing van de toegeleidingsfunctie. Zowel de gedetineerden als de verpleegkundigen vonden soms dat de toegeleidingsfunctie bedoeld is om een drempel naar de arts te creëren. Sommige verpleegkundigen werkten te weinig systematisch met de instrumentenset en de toegeleidingsprotocollen en hielden klachten daarom (te) lang in eigen hand.
Aan de andere kant zijn door de inspectie ook toegeleidingsafspraken aangetroffen die verantwoordelijkheden leggen bij de verpleegkundigen waarvoor deze niet de bevoegdheid hadden. Er werden bijvoorbeeld afspraken gemaakt over het zelfstandig voorschrijven van een uitgebreid assortiment aan geneesmiddelen door de verpleegkundige na het stellen van een verpleegkundige diagnose.
De verpleegkundigen onderscheidden zich vaak van de beveiligings- en bewakingsmedewerkers door informele, soms slonzige kleding.

3.1.3 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de psycholoog over het algemeen voldoende

Voor de psycholoog gold dat de meeste PI's de formatie hadden ingevuld: 14 van de 16 PI's hadden een formatie volgens de richtlijn van DJI, al was die richtlijn niet voor iedereen duidelijk. Indien er een vacature was, bleek het vaak lang te duren voordat deze kon worden opgevuld. Waarneming bij uitval van de psycholoog werd veelal opgelost door de huisarts en de psychiater. De medewerkers van de medische dienst waren over het algemeen tevreden over de toegankelijkheid van de psychologen en het functioneren van het psychomedisch overleg (PMO). Dat vindt overal wekelijks plaats, de kwaliteit van het PMO is door de inspectie niet onderzocht.

3.1.4 Beschikbaarheid van de psychiater in avond, nacht en weekend niet altijd probleemloos

De functie van de psychiater was beperkt tot het stellen van de diagnose en het voorschrijven van medicatie. De bereikbaarheid voor spoedgevallen was via de GGZ of het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) geregeld. Gezien de afstand van de NIFP tot een aantal PI's was het soms niet makkelijk iemand met spoed te laten komen. Meestal werd eerst de arts geconsulteerd alvorens de psychiater werd gebeld. De beschikbaarheid van de psychiater op kantoortijden was over het algemeen goed en geeft geen aanleiding om risicovolle situaties te onderstellen.

3.1.5 Acute tandheelkundige zorg vaak onvoldoende geregeld

Bij zeven PI's was de beschikbaarheid van de tandarts operationeel: de tandarts is minimaal eenmaal per week aanwezig en is oproepbaar bij acute klachten. Meestal was de tandarts eenmaal per week aanwezig, in een paar PI's slechts eenmaal per twee weken. Er werden regelmatig wachttijden genoemd. Vaak waren er onvoldoende afspraken over waarneming of hoe te handelen in spoedgevallen. Veelal moesten gedetineerden met acute klachten wachten totdat de tandarts er weer was en werden

tussentijds geholpen met pijnstilling en eventueel antibiotica. Een aantal tandartsen werkte zonder assistente.
De werkkamer van de tandarts en het instrumentarium zijn door de inspectie slechts oppervlakkig bekeken. De tandartskamer werd vaak ook voor andere doelen zoals administratie of fysiotherapie gebruikt. Ook de stoel en de instrumenten maakten soms een verouderde indruk. De gedetineerden klaagden regelmatig over de beperking van de omvang van de tandheelkundige zorg.

3.1.6 Fysiotherapie verantwoord beschikbaar

De fysiotherapie was in tien van de PI's operationeel: de therapeut is minimaal tweemaal per week aanwezig en is oproepbaar bij acute klachten. Voor de fysiotherapie waren weinig geformaliseerde afspraken over waarneming.

3.1.7 Bezorgen van medicatie bij spoed en ANW beperkt

De afspraken met de apotheek hebben te lijden gehad onder de aanbestedingsprocedure: een aantal apotheken verloor haar contract en daardoor werden afspraken niet altijd meer nagekomen en was de motivatie om innovatief zorg te blijven leveren de laatste maanden van het lopende contract erg laag. Op vrijdagmiddag, in de avond of nacht (spoed)medicatie laten bezorgen bleek in de praktijk onvoldoende geregeld te zijn. De meeste PI's maakten daarom teveel gebruik van een noodvoorraad in de inrichting.

3.1.8 Informatie over toegeleiding en de mogelijkheden van verpleegkundigen kon beter

Uit de vragenlijst bleek dat 18 van de 39 medische diensten de gedetineerden niet op de hoogte stelden van de gang van zaken op de medische dienst en de toegeleiding. Negentien medische diensten gaven aan dit wel te doen (twee diensten vulden deze vraag niet in). Tijdens de bezoeken bleek dat, indien informatie gegeven wordt over de toegeleiding, dit meestal inhoudt dat de gedetineerde mondeling geïnformeerd wordt over het feit dat hij eerst door een verpleegkundige gezien wordt. De grenzen van de bevoegdheden van de verpleegkundige werden echter niet goed aangegeven. Ook de rechten van de gedetineerden ten aanzien van het bezoek aan de medische dienst bleven onduidelijk. Zo wisten zij bijvoorbeeld niet dat zij recht hebben op hun verzoek een arts te consulteren. Bij een aantal inrichtingen gaven gedetineerden aan dat zij vinden dat de verpleegkundigen hen afhouden van zorg. Verpleegkundigen hadden zelf soms ook het beeld dat zij in hun functie een drempel naar de arts moeten creëren. Voor gedetineerden bleek het niet altijd duidelijk wie welke functie heeft: arts of verpleegkundige of administratief assistent en welke bevoegdheden daarbij horen.
De norm om een gedetineerde binnen 48 uur na verzoek een afspraak te geven op de medische dienst werd niet door alle inrichtingen gehaald. Dit had te maken met sprekersbriefjes die zoek raken en ook met capaciteitsverdeling van verpleegkundigen en artsen over de verschillende afdelingen. Als er meerdere artsen aan de inrichting verbonden waren gaven zij de voorkeur aan consultatie bij dezelfde arts en daarmee was de beschikbaarheid soms maar een keer per week, alleen bij spoed was de andere arts beschikbaar.
Op de sprekersbriefjes moest worden ingevuld wat de reden is van het aanvragen van een consult bij de medische dienst. Het was voor gedetineerden niet altijd duidelijk dat met het oog op de privacy men ook kan volstaan met 'privé'. Briefjes werden over het

algemeen door PIW'ers verzameld voordat zij overgedragen werden aan de medische dienst.
De huisvesting van de medische dienst in de PI's was veelal gelokaliseerd dichtbij de verblijfsplaats van de gedetineerden. Omdat de medische dienst de laatste jaren relatief versterkt is, was de huisvesting vaak krap, rommelig en beperkt van omvang. Bij een aantal PI's was de ruimte die als spreekkamer wordt gebruikt voor intakes en/of consulten niet geschikt. Er werd spreekuur gehouden in ruimtes waar diverse mensen in- en uitlopen, waardoor de privacy niet gewaarborgd was.

3.1.9 Beperkte mogelijkheden voor sport en ontwikkeling

Vooral in de huizen van bewaring waren de mogelijkheden voor gedetineerden om door middel van sport en beweging hun conditie op peil te houden, beperkt. Ook de mogelijkheden voor geestelijke training waren in huizen van bewaring vaak beperkt.

3.2 Continuïteit van zorg

3.2.1 Tweedelijnszorg voldoende beschikbaar en toegankelijk

Veertien PI's hadden afspraken over het verwijzen van gedetineerden naar de tweedelijnszorg. De verwijzing naar de tweede lijn leek probleemloos te functioneren. De twee PI's waar het beleid onvoldoende operationeel was, gaven problemen aan met het vervoer. Afspraken in het ziekenhuis en zelfs een operatie moesten worden afgezegd, omdat het vervoer niet te regelen was vanuit de PI. Verschillende PI's geven aan dat het lastig is dat men voor verwijzing naar het Penitentiair Ziekenhuis te maken heeft met wachttijden. Verder heeft het Penitentiair Ziekenhuis lang niet alle mogelijkheden tot tweedelijnszorg.

3.2.2 Zorgcontinuïteit vóór en na detentie niet goed geregeld

Bij alle bezochte inrichtingen was de intentie om bij insluiting een goede overdracht te verkrijgen van de medische voorgeschiedenis van de gedetineerden, aanwezig. Het was echter, met name bij de arrestantenpopulatie, niet altijd makkelijk om die informatie te verkrijgen. Er werd vaak gebeld met huisartsen, apothekers of casemanagers GGZ/-verslavingszorg, maar er werd lang niet altijd schriftelijke informatie ontvangen. Tien PI's hadden het beleid om informatie op te vragen operationeel: er werd conform duidelijke afspraken gewerkt. Een veel gehoorde klacht was dat medische gegevens bij overplaatsing uit een andere PI opnieuw moesten worden ingevoerd in MicroHIS. Omdat de beschikbaarheid van de gegevens via TULP vaak een dag vergt, konden de intakes en de medicatie de eerste dag niet ingevoerd worden in MicroHIS. Men was daardoor verplicht met handmatig opgestelde lijsten medicatie aan te vragen.

Het informeren van vervolgbehandelaars werd weinig uitgevoerd. Slechts bij twee PI's werd dit operationeel gescoord. Soms was niet bekend dat een gedetineerde met ontslag gaat, waardoor de medische dienst niet kon anticiperen en een overdracht of een kopie van de gegevens mee kon geven. Maar er was ook geen gewoonte om gedetineerden bij vertrek een actuele probleemlijst en chronische medicatie mee te geven. Het regelen van vervolgzorg, met name ook voor GGZ -patiënten, was teveel afhankelijk van individuele verpleegkundigen, artsen en psychologen. Het was niet vastgelegd in de werkprocessen.

3.2.3 Probleemlijsten in MicroHis onvoldoende vaak ingevuld en niet altijd beschikbaar in avond, nacht en weekend

Er werd weinig gebruikgemaakt van de mogelijkheden van MicroHIS. De medicatielijst was in negen van de bezochte PI's voor alle gedetineerden actueel. In slechts twee van de zestien PI's werd structureel gebruikgemaakt van probleemlijsten. In zeven PI's werd de probleemlijst in het geheel niet gebruikt. De toegankelijkheid van gegevens voor dienstdoende artsen in ANW-diensten was niet altijd geregeld.
De dagelijkse voortgangregistratie was over het algemeen wel goed genoteerd in MicroHIS.

3.2.4 Voldoende overleg tussen artsen en verpleegkundigen over casuïstiek, maar nog te weinig over beleid en toegeleiding

De artsen en verpleegkundigen hadden regelmatig overleg vooraf en tijdens het spreekuur van de arts. Intakes en/of consulten van de verpleegkundigen werden echter niet standaard door de artsen beoordeeld. Het was vaak aan de verpleegkundige om aan te geven over welke consulten zij twijfelde en waarover zij de mening van een arts wilde. Het overleg kon daarom in minder dan de helft van de PI's voldoende operationeel genoemd worden.
De beschikbaarheid van artsen buiten de spreekuren om over toegeleiding en protocollen gestructureerd te overleggen, was vaak slecht geregeld. Onderlinge feed back en scholing was te veel afhankelijk van persoonlijk initiatief en interesses.
In alle PI's vond psychomedisch overleg (PMO) plaats. In vier gevallen was de opzet van het PMO onvoldoende operationeel: er is dan geen (huis)arts bij het overleg, het is niet duidelijk wat het doel van het overleg is, of de adviezen van het PMO worden niet door de directie overgenomen (bijvoorbeeld over contra-indicaties van het meerpersoonscel-plaatsing). In geen enkele bezochte PI vond structureel farmacotherapieoverleg (FTO) plaats.

3.2.5 Teveel risico's voor verloren gaan van kwaliteit bij contracteerbeleid

Bij diverse inrichtingen heeft de inspectie geconstateerd dat de kwaliteit van de farmaceutische zorg daalde doordat deze zorg vanaf 1 juli 2008 bij een andere apotheek was gecontracteerd. De apotheker was niet bereid om de laatste maanden van zijn lopende contract nog mee te denken over mogelijke verbeteringen.

3.3 Deskundigheid

3.3.1 Deskundigheid artsen pas echt goed als alle artsen opgeleid zijn tot justitieel arts

Uit de vragenlijst bleek dat 14 van de 39 medische diensten (36%) zowel overdag als in de ANW-diensten werkten met artsen die niet geregistreerd zijn als huisarts. Het betreft hier huisartsen die hun registratie verloren zijn, maar ook sociaal geneeskundigen of forensisch artsen die niet opgeleid zijn als huisarts. Tijdens de bezoeken bleek dat in bepaalde gevallen de deskundigheid van deze artsen niet gelijkwaardig is aan de deskundigheid van een huisarts. Vaak brachten deze artsen wel andere waardevolle expertise mee, zoals kennis van psychiatrie, verslavingszorg en/of infectieziekten. Er was echter soms onvoldoende expertise voor gewone huisartsgeneeskunde/curatieve zorgvragen. Dat bleek ook uit het ontbreken van probleemgeoriënteerde

registratie en longitudinale begeleiding van patiënten met chronische ziekten als diabetes, COPD en hart/vaatrisico's.
De opleiding van de huidige (huis)artsen werkzaam in de PI's tot justitieel arts is vanaf 2008 ter hand genomen. De modules zijn nog niet voldoende uitgewerkt en de opleidingscapaciteit was nog beperkt.

3.3.2 Deskundigheid verpleegkundige goed, alleen nog niet overal geborgd

In alle PI's werd aandacht besteed aan de deskundigheid van de verpleegkundigen door middel van vier verplichte scholingsmodules van de DJI. Deze scholing werd door veel verpleegkundigen gevolgd. Daarmee kwam de algemene deskundigheid om invulling te geven aan de toegeleidingsfunctie goed op gang.
De inspectie constateerde dat bij vele medische diensten te weinig gestructureerd overleg huisartsen–verpleegkundigen plaatsvond.
De mate waarin de verpleegkundigen structureel aan deskundigheidsbevordering deden, naast de scholingsmodules van de DJI, was sterk wisselend en een schriftelijk vastgelegd opleidingsbeleid ontbrak nog vaak. Het hoofd medische dienst had veelal voldoende budget voor scholing, maar dat was lang niet altijd schriftelijk vastgelegd.

3.3.3 Toegeleidingsfunctie goed vorm gegeven, maar nog niet overal voldoende uitgewerkt op de werkvloer

Volgens de vragenlijst hadden 17 van de 39 medische diensten (44%) de instrumentenset met protocollen voor de toegeleiding lokaal uitgewerkt. Van de bezochte inrichtingen had de helft de instrumentenset uitgewerkt, maar slechts in vier inrichtingen werd er voldoende mee gewerkt. In de praktijk bleek de uitwerking erg divers te zijn. In inrichtingen met meerdere artsen werd soms gewerkt met verschillende afspraken bij verschillende artsen. De afspraken stonden niet duidelijk op papier en konden multi-interpretabel zijn. Ook werd soms een te grote verantwoordelijkheid gelegd bij een verpleegkundige. Zij mochten bijvoorbeeld zelfstandig medicatie voorschrijven zonder dat een arts een diagnose heeft gesteld. Artsen realiseerden zich soms onvoldoende dat gedelegeerde taken onder hun eindverantwoording moeten worden uitgevoerd. Redenen om de protocollen nog niet uitgewerkt te hebben, waren onder andere de werkdruk van verpleegkundigen, onvoldoende aanwezigheid van artsen buiten het spreekuur en te weinig overeenstemming tussen de verschillende artsen.

3.3.4 Knelpunten in verantwoordelijkheidstoedeling bij detachering en bij de farmaceutische zorg

De functie hoofd medische dienst evalueerde van meewerkend voorman/vrouw naar een functie waarin de verantwoordelijkheid voor de gehele medische zorg inhoud kreeg. De mate waarin aan de verantwoordelijkheid in die functie inhoud werd gegeven, was wisselend. Slechts in vijf van de bezochte PI's was sprake van een duidelijke taak en verantwoordelijkheidstoedeling, die ook bekend was bij alle medewerkers van de medische dienst en als zodanig werd uitgevoerd. Onduidelijkheden waren onder andere:

- De hoofden medische dienst hadden vaak geen functioneringsgesprekken met de artsen omdat deze gedetacheerd waren en hun functioneren besproken en beoordeeld werd bij de detacherende organisatie. Indien wel gesprekken met de arts werden gevoerd, lag het gevoelig om dit functioneringsgesprek te noemen.

- Taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de toegeleiding en opslag en distributie van geneesmiddelen waren op papier wel aanwezig, maar er werd niet conform gewerkt.
- Sommige artsen waren uitsluitend aanwezig tijdens het spreekuur en hadden geen aandacht voor het uitwerken of uitvoeren van een visie op het totale pakket van huisartsgeneeskundige zorg en kwaliteitsbewaking.
- Artsen gaven aan dat er met de komst van de hoofden medische dienst in overleggen met name over organisatorische zaken werd gesproken en minder zorginhoudelijke zaken konden worden afgestemd.
- De medische dienst had niet altijd een eigen budget en werd daardoor beperkt in het nemen van eigen professionele verantwoordelijkheid en het uitvoeren van taken. Bijvoorbeeld noodzakelijk instrumentarium of scholing moest worden bevochten.
- De positie van de psycholoog buiten de medische dienst rechtstreeks onder de directeur maakte sturing vanuit de medische dienst soms moeilijker.
- De positie van het hoofd medische dienst werd steeds duidelijker, enerzijds naar de directie toe en anderzijds als verantwoordelijke voor het zorgproces.

3.4 Diseasemanagement

3.4.1 Hoge zorgvraag risico op onvoldoende detecteren en volgen van chronische aandoeningen

Reeds uit de vragenlijst bleek dat het diseasemanagement in PI's lacunes vertoonde. Diverse inrichtingen konden geen aantallen aanleveren van patiënten met hart- en vaataandoeningen of diabetes die in de PI verbleven. In 14 van de 39 inrichtingen werd aangegeven dat er geen periodieke controles plaatsvonden bij patiënten met chronische aandoeningen, zoals die in de NHG-standaarden worden geadviseerd. Betreffende het beleid voor detectie en volgen van hart- en vaatpatiënten hadden 5 van de 16 bezochte PI's beleid. Slechts in één PI leek dat beleid ook uitgevoerd te worden. Voor diabetespatiënten hadden zes PI's beleid, waarvan in twee gevallen het beleid ook bekend was bij de medewerkers en er naar gehandeld werd. Voor COPD hadden twee PI's beleid, maar in geen enkele PI werd dit beleid door alle medewerkers herkend en toegepast.

Het beleid was vaak pragmatisch: als gedetineerden aangaven vooraf aan detentie bepaalde controles te krijgen, dan werden deze voortgezet in detentie. Het hing van de actieve houding van de patiënten af of controles plaatsvonden: dissimulerende patiënten vallen niet op. De combinatie van het soms snelle verloop van de populatie en het veelvuldig contact dat verpleegkundigen hebben met de gedetineerden, had tot gevolg dat sommige artsen zich minder verantwoordelijk voelden voor de populatie. Het werken met verschillende artsen in één inrichting kon dit versterken. Als gevolg hiervan leken sommige artsen zich geen probleemeigenaar te voelen. In sommige inrichtingen wilden verschillende artsen verschillende protocollen gevolgd hebben.

3.4.2 Preventie en begeleiding van verslaving en psychiatrische stoornissen moeilijk (in detentie)

Het beleid met betrekking tot het volgen van psychiatrische stoornissen lag vaak bij de psychiater naar wie men naar aanleiding van de verpleegkundige intake, het medicatiegebruik of na bespreking op het PMO verwees. De psychiater gaf aan wanneer controles moeten plaatsvinden. Meestal ging dit op geleide van klachten en niet preventief. Er

waren geen PI's waar geborgde afspraken hierover met de medische dienst zijn gemaakt. De verslavingsproblematiek was niet altijd helder omdat er in veel PI's middelen binnenkwamen via andere kanalen dan de medische dienst.

3.4.3 Infectiepreventie en informatie op papier goed geregeld, uitvoering leed onder tijdgebrek

Slechts twee van de bezochte PI's hadden geen duidelijk infectiepreventiebeleid. De overige PI's waren actief in informatieverstrekking via folders en/of bijeenkomsten. De aanwezigheid van folders in meer talen was bij de meeste PI's op orde. De mate waarin verpleegkundigen toekwamen aan regelmatige voorlichting over infecties en besmetting, was nog te gering.

3.5 Organisatie van de farmaceutische zorg

3.5.1 Formularium en EVS nog niet altijd gebruikt

In MicroHIS is het NHG-formularium ingevoerd zodat er automatisch gebruik van kan worden gemaakt. In de praktijk werden door verschillende artsen verschillende formularia gebruikt. Slechts in drie PI's verifieerden de apotheker waarom eventueel werd afgeweken van het formularium. Het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) werd in tien PI's zowel door de verpleegkundige als door de arts gebruikt. Bij de andere PI's kwam nog handmatig voorschrijven voor, werd geen formularium gebruikt of werd nog met overschrijven van lijsten gewerkt. Ook brachten psychiaters veelal hun voorschriften niet zelf in MicroHIS in, met alle risico's op fouten en gemiste interacties en contra-indicaties van dien.

3.5.2 Recepten nog teveel buiten EVS om en niet altijd door een arts getekend

Slechts in twee PI's mocht het receptenverkeer operationeel genoemd worden. Er waren twee hoofdredenen voor het niet operationeel hebben van het receptenverkeer. Beide redenen gaven zorgen over de kwaliteit van zorg en de medicatieveiligheid in de PI's.

Het eerste probleem was het zelfstandig voortzetten van medicatie zonder autorisatie van het recept door een arts. Na de verpleegkundige intake werd medicatiegebruik gecheckt bij de GGD-arts door wie de gedetineerde in het arrestantencomplex was gezien of bij reguliere zorgverleners zoals de eigen huisarts of de casemanager van de verslavingszorg. Medicatie werd bij een aantal PI's door verpleegkundigen voortgezet zonder dat een arts voor de medicatieaanvraag tekende. Medicatieaanvragen werden soms helemaal niet getekend en soms werd gebruikgemaakt van de handtekeningstempel van de arts. Recepten werden dan eenmaal per week en soms slechts eenmaal per maand achteraf door de arts geaccordeerd. In één PI werd zelfs nooit een recept door de arts getekend.

Een tweede probleem was dat bij intakes de gegevens uit het DUWAR (gegevens van detentie in andere centra) nog niet beschikbaar waren. Geneesmiddelen werden bij de apotheek aangevraagd, via een Word- of Excel-document, zonder autorisatie van een arts. Er werden dan dus geen recepten in MicroHIS aangemaakt en geprint. Later vond geen controle plaats of de medicatie-aanvraag klopte.

3.5.3 Uitdelen van medicatie door ondeskundigen

37 van de 39 medische diensten gaven aan dat de PIW'ers onvoldoende deskundig zijn om medicatie te verstrekken. Omdat de verpleegkundigen alleen op kantooruren aanwezig zijn, delen de PIW'ers de medicatie. In de bezochte PI's werd in twaalf gevallen de PIW'er in het geheel niet voorgelicht. In drie gevallen bestond de mogelijkheid tot inzage van een farmacotherapeutisch kompas of een handboek of werd de PIW'er ingelicht in het geval een gedetineerde start met risicovolle medicatie.

3.5.4 Ook recht op een goede bijsluiter voor gedetineerde

In slecht één van de 39 inrichtingen kregen gedetineerden een bijsluiter bij aanvang van een nieuw geneesmiddel, zodat zij zelf op de hoogte waren van werking en bijwerking van medicatie. Van de zestien bezochte inrichtingen gaven er dertien aan dat de mogelijkheid tot het krijgen van een bijsluiter er wel is als de gedetineerde er om vraagt.

3.5.5 Teveel risico's in keten van aflevering tot toedienen

33 inrichtingen gaven aan te werken met een protocol geneesmiddelendistributie waarin verantwoordelijkheden worden beschreven, drie inrichtingen hadden geen protocol en drie inrichtingen vulden deze vraag niet in. De protocollen van de bezochte inrichtingen zijn bekeken. Slechts in zes gevallen was het distributieprotocol operationeel. Veel protocollen waren gedateerd en niet aangepast aan de ontwikkelingen zoals de nieuwe Geneesmiddelenwet. Hierdoor was in vele gevallen de apotheker nog verantwoordelijk voor de voorraad 'niet op naam' medicatie hoewel dit volgens de Geneesmiddelenwet niet is toegestaan. Hoewel de artsen eigenlijk verantwoordelijk zijn voor de medicatievoorraad, hadden zij geen overzicht over wat in en uit de voorraad gaat en wisten zij ook niet dat zij verantwoordelijk waren. Verantwoordelijkheden betreffende het beheer van de medicatie werden dan ook regelmatig niet nagekomen.

Een ander opvallend punt aan het standaard distributieprotocol was dat de PIW'ers de pillen uit de baxter moesten halen voordat zij overhandigd werden aan de patiënt. Hierdoor kon de gedetineerde niet checken of hij de juiste medicatie kreeg.

3.5.6 Voorraadbeheer niet conform de Geneesmiddelenwet

37 van de 39 inrichtingen gaven in de vragenlijst aan dat zij medicatie op voorraad hebben die niet op naam gesteld is. Het betreft hier een zogenaamde noodvoorraad die groter was dan de spoedkoffer van de arts.

Bij de bezoeken bleek slechts in vijf gevallen dat deze noodvoorraad voldeed aan de advieslijst van de DJI. De noodvoorraad was vaak groter dan de door de DJI voorgeschreven hoeveelheid en samenstelling. Een aantal medische diensten hanteerde een eigen lijst voor hoeveelheid en samenstelling van de voorraad. Andere inrichtingen hadden geen inzicht in de hoeveelheid en samenstelling van de geneesmiddelen die zij in huis hebben. De reden voor de ruime hoeveelheid aan geneesmiddelen in de voorraad was dat in de praktijk de noodvoorraad niet voor spoedsituaties werd gebruikt, maar voor het overbruggen van de avonden en weekenden. Op die manier hoefde medicatie niet via reguliere kanalen bij de apotheek te worden besteld. Bij gebruik van de medicatie uit de voorraad werd in een groot aantal bezochte PI's niet bijgehouden wie welke hoeveelheid uit de voorraad haalt en voor wie de medicatie bestemd is. Dit gold

voor reguliere medicatie maar ook voor methadon en symoron. In een aantal PI's werd geconstateerd dat hoeveelheden symoron en methadon niet klopten met de lijsten of dat er zelfs geen lijst werd bijgehouden. Afgeleverde methadon werd bewaard als gedetineerden de PI hadden verlaten en niet retour gestuurd naar de apotheek.
De voorraad werd in de meeste PI's aangevuld door geneesmiddelen te bestellen op naam van de gedetineerde voor wie toevallig het laatste beetje uit de voorraad werd gehaald. Reden hiervoor was vaak dat de geneesmiddelen voor de voorraad niet vergoed worden en de medicatie op naam wel. Op deze manier bleef er medicatie op naam liggen in de voorraad zelfs als die persoon reeds uit detentie is.

In diverse PI's werden verlopen geneesmiddelen in de voorraad aangetroffen. Bij één tandarts werden grote hoeveelheden verlopen verdovingsmiddelen aangetroffen.
Ook vond de inspectie diverse steriele disposables waarvan de datum was verlopen.

3.6 Klachten, incidenten, calamiteiten

3.6.1 MIP-commissie niet aanwezig

In geen enkele bezochte inrichting was ten tijde van het bezoek een MIP-commissie (melding incidenten patiënten) operationeel. Een aantal inrichtingen (zes) registreerde wel medicatiefouten. Het registreren en analyseren van incidenten en opstellen van verbetermaatregelen laten de PI's afhangen van een door de DJI in te voeren MIP-commissie.

3.6.2 Klachtenbehandeling onvoldoende duidelijk en systematisch

Klachten over de medische dienst werden ingediend bij het hoofd medische dienst, de medisch adviseur van DJI of de Commissie van Toezicht. Het bleef voor de gedetineerden vaak onduidelijk hoe de afwikkeling van hun klachten verliep. Hoewel de regeling in theorie voor alle PI's gelijk is, was slechts in vijf PI's de klachtenregeling duidelijk en operationeel te noemen voor de gedetineerden.
De klachten werden niet systematisch geanalyseerd en geregistreerd, niet steeds teruggekoppeld naar betrokkenen en er was geen systeem van leren van klachten.

3.6.3 Calamiteiten niet altijd gemeld

Sterfgevallen en suïcides worden regelmatig niet gemeld als calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vaak is dit onwetendheid waardoor wordt aangenomen dat het geen calamiteit betreft. In slechts één PI waren alle medewerkers op de hoogte van het beleid.

Vrijwel geen enkele medische dienst maakte een kwaliteitsjaarverslag, wat op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht is. Daarnaast biedt het jaarverslag een goede mogelijkheid om doelstellingen en zorg te evalueren en stil te staan bij een verdere beleidsontwikkeling.

4 Beschouwing

In dit hoofdstuk geeft de inspectie aan hoe en waarom de bevindingen uit hoofdstuk 3 geleid hebben tot de conclusies en handhaving van hoofdstuk 2.

4.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg

4.1.1 Artsen

In de avond, nacht en weekenden (ANW) beoordelen PIW'ers of gedetineerden bezocht moeten worden door een arts. Daarmee vervullen zij een triagefunctie. Uit de bevindingen van calamiteitenonderzoek bij huisartsenposten door de inspectie blijkt dat triëren of een zorgvraag acuut is en handelen nodig maakt, een professionele deskundigheid vraagt en een hoog risico met zich meebrengt. Door aan gedetineerden met een zorgvraag tijdens ANW een telefoon ter beschikking te stellen waarmee de arts of een professioneel triagist rechtstreeks geconsulteerd kan worden, kan het probleem van triageren gelegd worden bij een professional die daarvoor opgeleid is.

Bij het niet beschikbaar zijn van een (huis)arts met voldoende curatieve ervaring in de ANW-periode wordt soms een constructie gebruikt waarbij een mogelijk minder bekwame arts wordt ingezet. Daarbij is dan een constructie met een huisarts als achterwacht. Dit is een minder gewenste oplossing. Daadwerkelijke consultatie vond weinig plaats en bleef te veel afhankelijk van de beoordeling van de dienstdoende arts.

Het niet beschikbaar zijn van het medisch dossier, en met name een actuele probleemlijst en medicatieoverzicht, is een risicovolle situatie. Ook buiten detentie is dat nog niet altijd afdoende geregeld, maar gezien de risicovolle populatie in de PI met taal- en cultuurverschillen, verslaving en grote secundaire ziektewinst, is objectieve informatie extra van belang.

Het streven van de DJI is erop gericht om in 2010 uitsluitend justitieel artsen te contracteren, huisartsen of artsen met jarenlang ervaring in PI's die de aanvullende opleidingsmodules voor artsen in de PI hebben gevolgd. Deze opleiding is in de loop van 2008 gestart. Op dit moment voldoen eigenlijk alleen huisartsen met jarenlange ervaring in het PI-werk aan de kwalificaties van een justitieel arts. De ontwikkeling en implementatie van de modules voor de opleiding tot justitieel arts is op gang en behoeft voortdurende aandacht.

4.1.2 Toegeleiding verpleegkundigen

De inspectie is van mening dat de toegeleiding is bedoeld om taken van de arts naar de verpleegkundige te delegeren, zodat er bij de arts, die slechts beperkt aanwezig is, ruimte blijft voor de meer complexe zorg. De verpleegkundige zou daarbij binnen haar bevoegdheid en bekwaamheid zorg moeten kunnen afhandelen naar tevredenheid van de gedetineerde. Het is niet de bedoeling dat de toegeleiding een drempel creëert voor de zorg. Indien de zorgvraag door de verpleegkundige onvoldoende kan worden beantwoord, moet de weg naar de arts openstaan. Een uitwerking van de landelijke toegeleidingsfunctieprotocollen op instellingsniveau is van groot belang om recht te doen aan de individuele bekwaamheid van artsen en verpleegkundigen.

Het voorschrijven van receptgeneesmiddelen is uitsluitend toegestaan aan artsen en kan geen onderdeel zijn van delegeren zoals bij toegeleiding.
In een penitentiaire inrichting zijn functionarissen als beveiligers en PIW'ers duidelijk herkenbaar aan uniformen. Een duidelijke herkenbare kleding als verpleegkundige kan bijdragen aan een professionele uitstraling en voor gedetineerden helder maken wanneer zij met een verpleegkundige te maken hebben en niet met bijvoorbeeld een administratieve medewerker of arts.

4.1.3 Beschikbaarheid psycholoog

Het beschikbaar zijn van voldoende psychologen voor deze functie kan positief beïnvloed worden door een verdere ontwikkeling van deze functie met een eigen professionele identiteit.

4.1.4 Beschikbaarheid psychiater in avond, nacht en weekend

Deze beschikbaarheid is soms een probleem al is het aantal keren dat het tot knelpunten in de zorg aanleiding geeft beperkt, mede afhankelijk van de deskundigheid van de artsen in ANW. Soms zal door de locoregionale situatie het inschakelen van reguliere GGZ naast de NIFP noodzakelijk zijn.

4.1.5 Acute tandheelkundige zorg vaak onvoldoende geregeld

Het ontbreken van acute zorg in de tandheelkunde kan in het geval van een abces leiden tot vertraging en onnodige pijn, verlies van een element of andere complicaties. Hoewel de tandarts natuurlijk een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft die onder de Wet BIG valt, is vaak niet bekend dat de directie ook verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het personeel en de gebruikte materialen (Kwaliteitswet zorginstellingen).
Bij gebruik van een tandartsstoel en -kamer van maximaal een dagdeel per week is het realiseren van een uitrusting conform de normen van deze tijd economisch eigenlijk niet haalbaar. De tandartsbus lijkt daarvoor een geëigende oplossing. Dit temeer daar de tandartskamer in de praktijk vaak gebruikt wordt voor diverse andere doelen (fysiotherapie, administratie, opslag, spreekkamer) waardoor de hygiëne niet in overeenstemming is met de eisen van de werkgroep infectiepreventie (WIP), zoals die voor tandartspraktijken gelden.
Veel klachten van gedetineerden gaan over de mogelijkheden van de tandheelkundige zorg. In de buitenwereld is tandartsenzorg nauwelijks onderdeel van de basisverzekering. In detentie zijn de behandelmogelijkheden wel groter maar volledige sanering van de sterk wisselende populatie kan geen doelstelling zijn. De klachten zijn dus inherent aan de politieke keuze.

4.1.6 Fysiotherapie

Aandacht voor contractuele vervanging tijdens vakantie en ziekte kan nog beter.

4.1.7 Bezorgen van medicatie bij spoed en avond, nacht en weekend

In het verleden is bij vele medische diensten de gewoonte ingeslopen om bij de noodzaak van medicatie, die niet mee kon komen met de reguliere dagelijkse apotheekbestelling, even de geneesmiddelen uit de noodvoorraad te halen. In de Genees-

middelenwet is expliciet opgenomen dat het houden van niet op naam staande receptplichtige medicijnen voorbehouden is aan de apotheek. Dat betekent dat ook op de medische dienst geen noodvoorraad receptplichtige medicatie kan zijn. Alleen een huisarts kan in zijn dokterstas medicatie hebben voor directe toediening. De medicatie, die voor directe toediening van een arts noodzakelijk is kan als 'dokterstas' op de medische dienst aanwezig zijn. Dat betekent wel dat iedereen zich bewust moet zijn dat hier sprake is van een risicovolle situatie. Het indiceren, voorschrijven en verstrekken ligt daarbij in een hand met uitschakeling van de normaal geldende veiligheidsmiddelen zoals elektronische contra-indicatie en interactiebewaking gesuperviseerd door de apotheker. De 'dokterstas'-voorraad dient dus onder eindverantwoordelijkheid van de arts goed beheerd en bewaakt te worden. Een nauwkeurige registratie wie, wanneer en voor wie medicatie uit de voorraad gehaald wordt. Daarbij hoort het via MicroHIS achteraf schrijven van een recept en dat sturen naar de apotheek, zodat controle achteraf nog mogelijk is en de voorraad aangevuld kan worden.
Dit blijft een risicoprocedure en is dus alleen van toepassing bij medicatie die binnen twee uur beschikbaar moet zijn. Verdere medicatie moet ook in ANW gewoon via apotheekl afgeleverd worden.

4.1.8 Informatie over toegeleiding aan gedetineerden

De toegeleiding door de verpleegkundigen naar de arts en het daarbij behorende zelf diagnostiseren en behandelen van de verpleegkundigen is voor gedetineerden een situatie die zij niet kennen. Mondeling inlichten bij binnenkomst is natuurlijk noodzakelijk maar zeker niet voldoende. Een deugdelijke schriftelijke informatie dient aan de gedetineerden beschikbaar te worden gesteld.

4.1.9 Beperkte mogelijkheden voor sport en ontwikkeling

Gezien de wetenschappelijke inzichten met betrekking tot de gevolgen van overgewicht en te weinig beweging kan detentie daarmee schadelijker voor de gezondheid zijn dan noodzakelijk lijkt.
Verblijf in detentie is primair een straf, maar dient ook mogelijkheden te bieden om na detentie een betere levenswijze mogelijk te maken. Met name in huizen van bewaring zijn de mogelijkheden om lichaam en geest in conditie te houden c.q. de conditie te verbeteren erg beperkt. Met behoud van de primaire doelstelling zijn er nog mogelijkheden om sportbeoefening en zelfstudie beter te faciliteren, die op dit moment weinig benut worden.

4.2 Continuïteit van zorg

4.2.1 Tweede lijnszorg voldoende beschikbaar en toegankelijk

Veertien PI'en hadden afspraken over het verwijzen van gedetineerden naar de tweedelijnszorg. De verwijzing naar de tweede lijn leek probleemloos te functioneren. De twee PI'en waar het beleid onvoldoende operationeel was, gaven problemen aan met het vervoer. Afspraken in het ziekenhuis en zelfs een operatie moesten worden afgezegd, omdat het vervoer niet te regelen was vanuit de PI. Verschillende PI'en geven aan dat het lastig is dat men voor verwijzing naar het Penitentiair-ziekenhuis te maken heeft met wachttijden. Verder heeft het Penitentiair-ziekenhuis lang niet alle mogelijkheden tot tweedelijnszorg.

4.2.2 Zorgcontinuïteit vóór en na detentie niet goed geregeld

Het verkrijgen van voldoende objectieve informatie van de medische en farmaceutische voorgeschiedenis blijft moeilijk. Niet alle zorgverleners zijn makkelijk op te sporen en bereikbaar. Toch zou in protocollen duidelijker de inspanning om die gegevens te achterhalen vastgelegd kunnen worden, daarmee wordt de wijze van achterhalen van objectieve informatie minder persoonsafhankelijk.
Zorg na detentie behoeft veel explicietere aandacht. Psychologische en medische begeleiding behoeft ook na detentie een structureel vervolg. Dat vergt inspanning van de medische dienst bij ontslag. De motivatie en mogelijkheden van gedetineerden om zelf voortzetting van zorg te organiseren, zijn veelal beperkt. Er zijn nog te weinig voorschriften en protocollen om de inspanningsverplichting van de medische diensten ook daadwerkelijk vorm te geven.

4.2.3 Probleemlijsten in MicroHis niet altijd beschikbaar in avond, nacht en weekend

Het missen van medicatie- en probleemlijsten geeft onvoldoende bewaking op contra-indicatie vanuit het systeem, dat zeker in combinatie met de wisseling van artsen en de wisselende populatie gedetineerden tot fouten kan leiden.

4.2.4 Voldoende overleg tussen artsen en verpleegkundigen over casuïstiek maar nog te weinig over beleid en toegeleiding

Het maken van protocollen en het uitwerken van de toegeleidingsfunctie vragen structureel overleg van artsen en verpleegkundigen. Daarbij dient één arts verantwoordelijk te zijn en ook voldoende uren ingeroosterd te worden om overlegtijd te hebben voor deze zaken. Overleg gekoppeld aan het spreekuur geeft veelal niet de gelegenheid om meer te bespreken dan lopende casuïstiek met afspraken op individueel niveau zonder draagvlak voor de hele medische dienst.

4.2.5 Teveel risico's voor verloren gaan van kwaliteit bij contracteerbeleid

Zoals bij het contracteren van farmaceutische zorgvoorziening is geconstateerd, heeft het contracteren van zorg door middel van aanbesteding ook een nadelige kant. Op het moment dat een zorgverlener geconfronteerd wordt met het einde van zijn contract daalt de motivatie om de kwaliteit van zorg verder te ontwikkelen. Het vak van justitieel arts en justitieel verpleegkundige vraagt ook specifieke deskundigheid die moeilijk alleen met opleiding verworven kan worden. Inkoop van medische en verpleegkundige zorg heeft ontegenzeglijk voordelen van flexibiliteit en kostencomponenten voor de organisatie, maar het nadeel van discontinuïteit in de persoon van de hulpverlener dient niet onderschat te worden.

4.3 Deskundigheid

4.3.1 Deskundigheid artsen pas echt goed als alle artsen opgeleid zijn tot justitieel arts

De doelstelling om in 2010 alleen nog te werken met justitieel artsen, is haalbaar maar vergt nog de nodige inspanning van DJI en de individuele PI's. De vier modules van de opleiding in aanvulling op de huisartsenbekwaamheid zijn uitgewerkt, maar werden nog

beperkt aangeboden. Daarnaast zal aandacht moeten zijn om de opgebouwde deskundigheid met een juist contracteerbeleid beschikbaar te houden voor de zorg aan gedetineerden. De contracten met de zorgorganisaties die de artsen leveren dienen transparant te zijn over de wijze waarop zij de bekwaamheid van hun artsen inhoud geven.

4.3.2 Deskundigheid verpleegkundige is goed, alleen nog niet overal geborgd

De opleiding tot justitieel verpleegkundige heeft ondanks enkele haperingen geleid tot een duidelijke verbetering van de bekwaamheid ven verpleegkundigen. Wat veelal nog ontbreekt is een structureel opleidings- en nascholingsplan waarmee continuïteit van scholing en voldoende beschikbaarheid van alle benodigde deskundigheid geborgd wordt. Verder is het risico van discontinuïteit door ziekte en zwangerschap te hoog door de beperkte vervangingsregeling en de lange duur van de procedure tot vacature-invulling.

4.3.3 Toegeleidingsfunctie goed vormgegeven, maar nog niet overal voldoende uitgewerkt op de werkvloer

Het niet voldoende uitwerken van de toegeleidingsfunctie per medische dienst kan leiden tot onduidelijke verantwoordelijkheid en risico's bij de zorg voor de patiënt. Enerzijds dienen de artsen een gelijkluidend beleid te voeren, anderzijds moeten de verpleegkundigen duidelijkheid hebben over hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden en die dienen in overeenstemming te zijn met hun bekwaamheden.

4.3.4 Knelpunten in verantwoordelijkheidstoedeling bij detachering en bij de farmaceutische zorg

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg conform de Kwaliteitswet zorg-instellingen impliceert dat het hoofd medische dienst ook verantwoordelijk is voor het functioneren van de artsen, met behoud van diens professionele verantwoordelijkheid. Dat betekent dat het hoofd, of rechtstreeks of via de detacherende organisatie, de artsen op hun functioneren aan kan spreken. Dat gebeurt nog te weinig of zonder heldere structuur en borging.
De combinatie van ongeautoriseerde recepten met handmatig opgestelde lijsten zonder controlemoment kan gemakkelijk leiden tot medicatiefouten. Chronische medicatie wordt in veel gevallen gewoon herhaald totdat de arts aangeeft dat het gestopt moet worden. Daarmee bestaat een te hoog rsico op onnodig lang verstrekken van medicatie.
Indien de verpleegkundige de medicatie uit de noodvoorraad haalt, is sprake van een hoog risico omdat voorschrijven, ter hand stellen en uitdelen in één hand is en elke vorm van controle en dubbelcheck ontbreekt. Alleen in noodgevallen kan deze werk-wijze worden toegepast als het proces sterk geprotocolleerd is en een nauwgezette registratie en controle van de noodvoorraad plaatsvindt.
De inspectie vindt dat de uitdeler van medicatie basiskennis dient te hebben van (bij)werking van geneesmiddelen en de noodzaak om inname te bewaken. Aangezien deze de eerste contactpersoon is en een onderdeel van de zorgketen, dient deze uitdeler op de hoogte te zijn van de mogelijke gevolgen van geneesmiddelen.

4.4 Disaesemenagement

Het hanteren van de standaarden van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) bij de behandeling en begeleiding van chronisch zieken zoals gedetineerden met diabetes en COPD is nog te weinig gemeengoed. De zorgvraag in detentie is zo hoog dat de medewerkers van de medische dient makkelijk uitgaan van de vraag van de gedetineerden. Daarmee bestaat het risico dat minder vragende gedetineerden onvoldoende (preventieve) zorg krijgen.
Dit geldt ook voor verslaving en psychiatrische ziekten. De grote vraag naar zorg en een groot aantal inkomsten leiden tot tijdgebrek om infectiepreventie voldoende aandacht te geven.

4.5 Organisatie van farmaceutische zorg

Naast opmerkingen in bovenbeschreven hoofdstukken wil de inspectie hier nog eens benadrukken dat farmaceutische zorg een belangrijk middel van therapie in de curatieve zorg is dat een hoog veiligheidsrisico kent. Daarmee wordt het belang onderschreven van goede protocollaire beschrijving van het farmaceutische zorgproces en de juiste toepassing van deze protocollen.
Voorschrijven dient elektronisch te geschieden om contra-indicatie- en interactie-bewaking mogelijk te maken, om te werken volgens de richtlijnen en om fouten ten gevolge van overschrijven en onduidelijkheden te voorkomen. Voorschrijven van receptplichtige medicatie is een voorbehouden handeling voor artsen en het tekenen van recepten door artsen is een verplichting. Ook bij herhaalrecepten. De herhaling is een moment van overweging of medicatie nog nodig is en een afweging van belangen van doorgaan of stoppen van medicatie. Dat mag geen automatisme worden.
Het distributieproces van medicatie is over het algemeen goed uitgeschreven, maar de juiste toepassing hapert soms nog wel. Het uitdelen van medicatie door PIW'ers die daartoe niet geschoold zijn, betekent een risico. Het al of niet innemen van medicatie en de ervaren bijwerkingen moeten adequaat worden geregistreerd en de gedetineerden moeten hun vragen en bedenkingen beantwoord krijgen. Daarbij hoort ook het ter beschikking stellen van een bijsluiter bij nieuwe medicatie.
De voorraad niet op naam geregistreerde medicijnen bleek vaak veel te groot, zie daarvoor tekst bij 4.1.7.

4.6 Klachten, incidenten, calamiteiten

De medische diensten zijn in afwachting van het opzetten van een MIP-structuur door de DJI. Het heeft inderdaad vele voordelen om daar te kiezen voor een landelijk systeem, omdat het moeilijk is mankracht en deskundigheid in alle inrichtingen te realiseren. De klachtbehandeling is overal aanwezig maar lang niet altijd duidelijk genoeg. En de behandeling resulteert in te weinig gevallen in een goede terugkoppeling naar alle betrokkenen.
Het melden van calamiteiten aan de DJI is gemeengoed voor PI's, maar bij een aantal directeuren en medische diensten is de verplichting tot melden van calamiteiten aan de inspectie op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen onvoldoende bekend.

5 Summary

The medical care provided to prisoners and other detainees falls under the responsibility of the Department of Penal Institutions *(Dienst Justitiële Inrichtingen*, DJI), an agency of the Ministry of Justice.

According to its mission statement, the DJI strives to ensure that the medical care provided to detainees is of a comparable standard to that available to the general population. The Health Care Inspectorate has conducted a study to ascertain whether this is indeed the case. A questionnaire was submitted to the medical departments of all 43 institutions falling under the responsibility of the DJI. Based on the responses, sixteen correctional institutions were selected for physical inspection, one or more risk factors having been identified.

The conclusions presented in this report relate exclusively to the institutions which were visited and should not be inferred to be representative of the sector as a whole. An individual report of each inspection visit was submitted to the relevant institution. Each institution was then requested to produce an Action Plan detailing the manner in which improvement would be implemented. The Inspectorate assessed these plans against the shortcomings described in the original reports.

The key questions during the visits to the medical departments were:
1 Is a responsible level of care offered to detainees, being at least comparable to that available to the general population?
2 What risks attach to the medical care services provided to detainees within the institution?

Detainees form a particularly vulnerable group by virtue of cultural differences (many do not speak Dutch as their first language), addiction and psychiatric problems. They live in a situation characterized by tension and restrictions. Confinement can itself have an adverse health impact.

The doctors and nurses working within penal institutions are committed to their work and attempt to address the many needs of this special group with due diligence. In the majority of cases, the care provided can indeed be deemed fully 'responsible'. However, the overall level of care is still somewhat inconsistent and the risks remain higher than strictly necessary.

In recent years, the quality of medical departments in penal institutions has visibly improved due to various measures, including the creation of the post of Head of Medical Services and further professionalization of staff (doctors and nurses). Healthcare for detainees has become a subdiscipline in its own right. Attention has been devoted to the training of nursing staff who are expected to refer patients to a qualified practitioner as necessary ('triage'). Arrangements for the administration and dispensation of prescription drugs have been standardized, and access to the Micro-HIS system of electronic medical records has been improved whereby it can be used more consistently.

Nevertheless, the Inspectorate's study reveals that a number of risks persist with regard to:
1 Out-of-hours coverage (evenings, nighttimes and weekends)

- Triage by untrained prison staff.
- The availability of a qualified doctor is not always guaranteed.
- The availability of complete and up-to-date medical records is not always guaranteed.
- Adequate procedures covering the management and usage of the emergency pharmaceutical supplies are not in place.

2 Problem lists (the patient's presentation of complaints) in the Micro-HIS system are not always completed properly.
3 In many cases, the electronic EVS system is not used when issuing prescriptions. This creates the risk of errors, drug interactions and avoidable contra-indications.
4 Adequate procedures covering the management and usage of the emergency pharmaceutical supplies are not in place.
5 Some prescription drugs are ordered and dispensed without the authorization of a qualified doctor.
6 Prescription drugs are sometimes dispensed by prison staff who do not have adequate knowledge of their effects or side-effects.
7 Insufficient attention is devoted to the continuity of care before, during and after detention.

The Department of Penal Institutions and the various medical departments are advised to implement the following measures:

1 Out-of-hours coverage:
   - Triage should be improved by enabling the detainee to speak directly (by telephone) with a qualified doctor or health professional.
   - In contracting doctors and nursing staff, the emphasis should be on retaining adequate expertise around the clock.
   - The problem lists and current medication should be fully recorded in Micro-HIS and the relevant details made available to staff providing out-of-hours coverage.
   - The management and usage of the emergency pharmaceutical supplies must be brought in line with current guidelines.
2 The problem lists in Micro-HIS should be completed in a timely and consistent manner.
3 The EVS system should be used whenever a prescription is issued (including when issued using Micro-HIS).
4 The administration and usage of the emergency pharmaceutical supplies must be brought in line with the current agreements.
5 All prescriptions must be authorized by a qualified doctor.
6 Prison staff should receive training in the effects and side-effects of medication.
7 Continuity of care before, during and after detention should be improved by ensuring that all relevant records and information are transferred efficiently, and by seeking closer contact with outside health providers (general practitioners and local authority health departments).

The institutions have produced individual Action Plans setting out how they intend to resolve any extant problems with regard to health care provision. The Health Care Inspectorate has assessed these plans and requested further elaboration as necessary. The full implementation of the plans will serve to reduce the most serious current risks.

During the second half of 2009, the Inspectorate will re-visit five of the original group of 16 penal institutions, together with five other institutions to be selected either at random or further to incoming reports.

It falls to the State Secretary for Justice to define the tasks and responsibilities of the Department of Penal Institutions and to impose any further measures required. Should the director of any institution fail to implement adequate measures, the Inspectorate will report the matter directly to the Director of Prison Services.

Where an institution's Head of Medical Services fails to take the required action, the Inspectorate will report the matter to his or her superiors. Individual doctors and nurses are, in the first instance, answerable to their line managers. However, should the Inspectorate have cause to do so, it will lodge a formal complaint with the Regional Medical Disciplinary Board.

BIJLAGE 1 Schriftelijke vragenlijst penitentiaire inrichtingen

IGZ
Schriftelijke vragenlijst penitentiaire inrichtingen

		Antwoord
Naam penitentiaire inrichting:		
Naam Hoofd Medische Dienst:		
Voor hoeveel locaties bent u hoofd?:		
U wordt verzocht *per locatie* een vragenlijst in te vullen		
Locatie waarvoor deze vragenlijst is ingevuld:		
Bezoekadres van deze locatie:		
Correspondentieadres van deze locatie:		
E-mail:		
Website:		
Wilt u de juiste antwoorden invullen?		
1a.	Voor hoeveel gedetineerden werkt de medische dienst op deze locatie op 1 november 2007?	(aantal)
1b.	Aantal gedetineerden in HvB:	
1c.	Aantal gedetineerden in gevangenis:	
1d.	Aantal overige gedetineerden:	
2.	Wat is het aantal inkomsten van 1 januari 2007 tot 1 november 2007?	
3.	Hoeveel gedetineerden verblijven met 2 of meer op één cel op 1 november 2007?	

4.	Waar vindt de indicatie voor verblijf op meerpersoonscel plaats?	☐ psychomedisch overleg ☐ anders nl.
5.	Hoeveel procent van de gedetineerden worden volgens protocol gescreend op medische contra-indicatie voor verblijf in meermanscellen?	☐ 100% ☐ 80-99% ☐ 50-79% ☐ minder dan 50% ☐ er is geen protocol
6.	Hoeveel fte verpleegkundige is op 1 november 2007 aanwezig op deze locatie? *Toelichting: Hiermee wordt bedoeld hoeveel verpleegkundige zijn er beschikbaar voor directe zorg (dus niet als hoofd medische dienst).*	
7.	Hoeveel fte arts is op 1 november 2007 aanwezig op deze locatie? *Toelichting: Hiermee worden alle artsen bedoeld, justitieel artsen, huisartsen, basisartsen en sociaal geneeskundigen.*	
8.	Hoeveel fte administratief mede-werker is op 1 november 2007 aanwezig op deze locatie?	
9.	Wordt bij de aanstelling (tijdelijk of vast) van elke nieuwe medewerker voor een functie met een door de Wet BIG beschermde titel, het BIG-register geraadpleegd om de inschrijving te controleren?	☐ ja ☐ nee
10.	Zijn alle artsen die werkzaam zijn op deze locatie geregistreerd als huisarts?	☐ ja ☐ nee
11.	Volgt elke verpleegkundige mini-maal 3 dagen per jaar nascholing? *Toelichting: Hiermee wordt bedoeld professionele nascholing, bijscholing of deskundigheids-bevordering als verpleegkundige en/of justitieel verpleegkundige in het kader van 'verantwoorde medische zorg'*	☐ ja ☐ nee
12.	Hoe hoog was het ziekteverzuim van de verpleegkundigen (exclusief zwangerschaps- en bevallings-verlof) in de eerste helft van 2007?	(percentage)

13.	Hoe vaak vindt er op deze locatie psychomedisch overleg plaats?	☐ eenmaal per week ☐ eenmaal per twee weken ☐ eenmaal per drie weken ☐ minder dan eenmaal per drie weken ☐ er vindt geen psychomedisch overleg plaats
14.	Hoeveel klachten zijn er over de (medewerkers van de) medische dienst op deze locatie ontvangen in de periode van 1 januari tot 1 november 2007?	
15.	Werkt u met een protocol voor het inschakelen van de huisarts in avond, nacht en weekend?	☐ ja ☐ nee
16.	Is er altijd een psychiater te consulteren tijdens avond, nacht en weekend?	☐ ja ☐ nee
17.	Van hoeveel procent van de gedetineerden is een probleemlijst opgenomen in MicroHis?	☐ 100% ☐ 80-99% ☐ 50-79% ☐ minder dan 50%
18.	Van hoeveel procent van de gedetineerden is de medische geschiedenis van voor detentie bekend?	☐ 100% ☐ 80-99% ☐ 50-79% ☐ minder dan 50%
19.	Van hoeveel procent van de gedetineerden is de actuele medicatie in MicroHis ingevoerd?	☐ 100% ☐ 80-99% ☐ 50-79% ☐ minder dan 50%
20.	Van hoeveel procent van de gedetineerden die methadon of psychofarmaca gebruikt, wordt bij ontslag direct contact opgenomen met een instelling voor vervolg-behandeling?	☐ 100% ☐ 80-99% ☐ 50-79% ☐ minder dan 50% ☐ onbekend
21.	Werkt u volgens het 'Landelijk protocol toegeleiding verpleeg-kundige'?	☐ ja ☐ nee
22.	Zo ja, zijn alle protocollen lokaal uitgewerkt door de justitieel arts en justitieel verpleegkundige?	☐ ja ☐ nee
23.	Wordt aan iedere gedetineerde bij inkomst schriftelijke informatie verstrekt over de toegeleidings-functie van de verpleegkundige?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
24.	Hoe vaak vindt er overleg plaats tussen huisarts en justitieel verpleegkundige?	☐ tweemaal per week of vaker ☐ eenmaal per week ☐ eenmaal per twee weken ☐ eenmaal per drie weken ☐ minder dan eenmaal per drie weken

25.	Werkt u met een protocol prik-accidenten?	☐ ja, datum protocol ☐ nee
26.	Werkt u met een geneesmiddelen-formularium?	☐ ja, volgens ☐ Nijmegen ☐ lokaal ☐ NHG ☐ anders nl. ☐ nee
27.	Wie is verantwoordelijk voor de interactiebewaking?	☐ huisarts ☐ apotheker ☐ beiden ☐ anders nl.
28.	Wie is verantwoordelijk voor contra-indicatiebewaking?	☐ huisarts ☐ apotheker ☐ beiden ☐ anders nl.
29.	Werkt u met een protocol geneesmiddelendistributie?	☐ ja, datum protocol ☐ nee
30.	Zijn penitentiair inrichtingswerkers voldoende deskundig om medicatie te verstrekken? *Toelichting: De penitentiair inrichtingswerker weet welke medicatie hij verstrekt en heeft kennis van de werking en bijwerking van de medicatie.*	☐ ja ☐ nee
31.	Krijgen gedetineerden bij alle nieuwe medicatie een bijsluiter?	☐ ja ☐ nee
32.	Zijn er niet op naam geregistreerde medicijnen op voorraad?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
33.	Wie is er verantwoordelijk voor de opslag en voorraad van medicijnen?	☐ huisarts ☐ apotheker ☐ hoofd medische dienst ☐ anders nl.
34.	Is deze verantwoordelijkheid schriftelijk vastgelegd?	☐ ja ☐ nee
35.	Komt in de avond-, nacht-, en weekenddienst bij oproep altijd een huisarts bij de gedetineerde (en geen basisarts of sociaal genees-kundige)?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
36.	Hoe vaak wordt een consult-aanvraag voor een huisarts binnen 48 uur gehonoreerd?	☐ 100% ☐ 80-99% ☐ 50-79% ☐ minder dan 50% ☐ onbekend
37.	Van hoeveel gedetineerden is op 1 november 2007 bekend dat zij lijden aan hart- en vaatziekten?	

38.	Hoeveel gedetineerden gebruiken op 1 november 2007 acetylsalicylzuur ter preventie van hart- en vaatziekten?	
39.	Van hoeveel gedetineerden is op 1 november 2007 bekend dat zij lijden aan diabetes mellitus?	
40.	Worden periodieke controles volgens NHG standaarden uitgevoerd bij de chronische patiëntengroep (diabetes, hart- en vaatziekten)?	☐ ja ☐ nee
41.	Hoeveel gedetineerden zijn op 1 november 2007 bekend met verslaving aan harddrugs?	
42.	Hoeveel gedetineerden gebruiken op 1 november 2007 methadon?	
43.	Hoeveel gedetineerden gebruiken op 1 november 2007 benzodiazepines?	
44.	Hoeveel gedetineerden gebruiken op 1 november 2007 antidepressiva?	
45.	Hoeveel gedetineerden gebruiken op 1 november 2007 antipsychotica?	
46.	Werkt u met een protocol medicatie fouten?	☐ ja ☐ nee
47.	Wordt medicatie geleverd via een geautomatiseerd distributiesysteem? *Toelichting: Hiermee wordt een geautomatiseerd distributiesysteem bedoeld zoals een Baxter-, Tosho-, of Hyupshinsysteem.*	☐ ja ☐ nee
48.	Hoeveel gedetineerden komen op 1 november 2007 in aanmerking voor influenza vaccinatie?	
49.	Hoeveel vaccinaties zijn er daadwerkelijk gegeven?	
50.	Heeft u nog aanvullende vragen en/of opmerkingen? (Gebruikt u eventueel een extra pagina)	

BIJLAGE 2 Bezochte inrichtingen

PI Midden Holland, locatie Alphen aan de Rijn
PI Amsterdam Havenstraat
PI Amsterdam Demersluis/Over-Amstel
PI Veenhuizen, locatie Bankenbos
PI Breda
PI Zuid-West, locatie Dordtse Poorten
PI Haaglanden, locatie Scheveningen
PI Zuid-Oost, locatie Maashegge
PI Utrecht, locatie Nieuwegein
PI Rijnmond, locatie Stadsgevangenis Rotterdam
PI Ter Apel
PI Zuid-Oost, locatie Ter Peel
PI Zuid-West, locatie Torentijd
PI Noord-Holland Noord, unit Westlinge
PI Noord-Holland Noord, unit Zuyder Bos
PI Noord-Holland Noord, unit Zwaag

BIJLAGE 3 Toelichting scorekwalificaties per onderwerp

Beschikbaarheid en toegankelijkheid

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Formatie artsen volgens DJI-adviesnorm	De afgesproken formatie van artsen is beneden de advies-norm van DJI	De afgesproken formatie van artsen is conform de adviesnorm van DJI maar er zijn vacatures	De afgesproken formatie van artsen voldoet aan de advies-norm van DJI en is ook zodanig opgevuld	De DJI adviesnorm is operatio-neel en er is beleid inzake waar-neming bij uitval van reguliere artsen
Formatie verpleegkundigen volgens DJ- advies norm	De afgesproken formatie van verpleegkundigen is beneden de adviesnorm van DJI	De afgesproken formatie van verpleegkundigen is conform de adviesnorm van DJI maar er zijn vacatures	De afgesproken formatie van verpleegkundigen voldoet aan de adviesnorm van DJI en is ook zodanig opgevuld	De DJI adviesnorm is operatio-neel en er is beleid inzake waar-neming bij uitval van reguliere verpleegkundigen
Beschikbaarheid psycholoog	Er zijn geen psychologen beschikbaar of de afgesproken formatie is onder de norm van DJI	De afgesproken formatie voldoet aan de norm van DJI, maar er zijn vacatures	De formatie voldoet aan de norm van DJI en deze formatie is ook opgevuld	De formatie voldoet aan de norm van DJI en er is beleid voor waarneming bij uitval van reguliere krachten
Beschikbaarheid tandarts	Er is geen tandarts beschikbaar of minder dan een maal per week	De tandarts is minimaal een maal per week aanwezig	De tandarts is minimaal eenmaal per week aanwezig en hij is oproepbaar bij acute klachten	De tandarts is minimaal eenmaal per week aanwezig, hij is oproepbaar bij acute klachten en er is waarneming geregeld bij uitval
Beschikbaarheid fysiotherapeut	Er is geen fysiotherapeut beschikbaar of maximaal eenmaal per week	De fysiotherapeut is zonodig tweemaal per week aanwezig	De fysiotherapeut is zonodig tweemaal per week aanwezig en hij is oproepbaar bij acute klachten	De fysiotherapeut is zonodig tweemaal per week aanwezig, hij is oproepbaar bij acute klachten en er is waarneming geregeld bij uitval
Beschikbaarheid administratieve ondersteuning	Er is geen administratieve ondersteuning	Er is minder dan 0,5 fte administratieve ondersteuning	Er is minimaal 0,5 fte onder-steuning	Er is minimaal 0,5 fte onder-steuning, deze is opgevuld en waarneming is geregeld bij uitval

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
7x24-uurs bereikbaarheid arts	De 7x24-uurs bereikbaarheid van de arts is niet geregeld	Er zijn afspraken over de 7x24-uurs bereikbaarheid van de huisarts of inrichtingsarts	De 7x24-uurs bereikbaarheid van de huisarts of inrichtings-arts is en schriftelijk vastgelegd functioneert	De geformaliseerde 7x24-uurs bereikbaarheid van de huisarts of inrichtingsarts wordt perio-diek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
7x24-uurs bereikbaarheid psychiater	De 7x24-uurs bereikbaarheid van de psychiater is niet geregeld	Er zijn afspraken over de 7x24-uurs bereikbaarheid van de psychiater	De 7x24-uurs bereikbaarheid van de psychiater is schriftelijk vastgelegd en functioneert	De geformaliseerde 7x24-uurs bereikbaarheid van de psychiater wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
7x24-uursbereikbaarheid apotheek	De 7x24-uurs bereikbaarheid van de apotheek is niet geregeld	Er zijn afspraken over de 7x24-uurs bereikbaarheid van de apotheek	De 7x24-uurs bereikbaarheid van de apotheek is schriftelijk vastgelegd en functioneert	De geformaliseerde 7x24-uurs bereikbaarheid van de apotheek wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
Toegankelijkheidsbeleid	Er is geen protocol toegeleiding tot de arts waarin de gedetineerden direct toegang hebben tot de medische dienst	Er is een protocol toegeleiding tot de arts waarin de gedetineerden direct toegang hebben tot de verpleegkundige van de medische dienst	De gedetineerden worden schriftelijk geïnformeerd over het beleid betreffende de toe-gankelijkheid van de verpleeg-kundige van de medische dienst en het functioneert	Het toegeleidingsbeleid wordt schriftelijk aan de gedetineerden medegedeeld, het functioneert en wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld

Continuïteit van zorg

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Beleid verwijzing tweedelijnszorg	De medische dienst heeft geen afspraken over verwijzing naar de tweedelijnszorg	De medische dienst heeft afspraken over de verwijzing naar de tweedelijnszorg	Het beleid verwijzing naar de tweedelijnszorg is bekend bij medewerkers en er wordt volgens afspraken gewerkt	Het beleid verwijzing naar tweedelijnszorg wordt gevolgd en wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Beleid opvragen medische voorgeschiedenis en medicatiegebruik bij inkomst	De medische dienst voert geen beleid om de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik op te vragen	De medische dienst heeft vastgesteld beleid om de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik op te vragen	Het beleid om de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik op te vragen is bekend bij medewerkers en er wordt conform gewerkt	Er wordt conform het beleid om de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik op te vragen gewerkt en het wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
Probleemlijst in dossier bij verblijf	De arts heeft geen beleid dat probleemlijsten in het dossier worden vastgelegd	De arts voert probleemlijsten in MicroHIS in, maar dit is niet standaard	De arts voert bij alle gedetineerden probleemlijsten in MicroHIS in	De arts voert bij alle gedetineerden probleemlijsten in en deze zijn toegankelijk voor waarnemers
Actuele medicatielijst bij verblijf	Er is geen beleid dat de actuele medicatielijsten in MicroHIS worden vastgelegd	De actuele medicatielijsten worden bijgehouden in MicroHIS maar dit is niet standaard	De actuele medicatielijsten worden voor alle gedetineerden bijgehouden in MicroHIS	Door uitsluitend elektronisch voor te schrijven worden de actuele medicatielijsten bijgehouden in MicroHIS en deze zijn toegankelijk voor een waarnemer
Overdracht dossier en medicatiegebruik bij overplaatsing of ontslag	Er zijn onvoldoende afspraken over overdracht van dossier en medicatiegebruik bij overplaatsing of ontslag	Er zijn afspraken over overdracht van dossier en medicatiegebruik bij overplaatsing of ontslag naar vervolgbehandelaars Er is tevens een afspraak dat patiënt een kopie meekrijgt	De afspraken over overdracht van dossier en medicatiegebruik bij overplaatsing of ontslag naar vervolgbehandelaars en het meegeven van een kopie aan de patiënt zijn bekend en worden gevolgd.	De patiënt krijgt een kopie mee en de afspraken over overdracht van dossier en medicatiegebruik bij overplaatsing of ontslag naar vervolgbehandelaars worden gevolgd en geëvalueerd
Overleg arts-verpleegkundige	Er vindt minder dan eenmaal per week overleg plaats tussen arts en verpleegkundige	Er vindt minimaal eenmaal per week overleg plaats tussen arts en verpleegkundige	Er vindt minimaal eenmaal per week overleg plaats en alle consulten van de verpleegkundige worden doorgesproken	Het overleg vindt minimaal eenmaal per week overleg plaats, alle consulten van de verpleegkundige worden doorgesproken en geëvalueerd

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Psychomedisch overleg	Er vindt minder dan eenmaal per twee weken psychomedisch overleg plaats	Er vindt minimaal eenmaal per twee weken psychomedisch overleg plaats	Er vindt minimaal eenmaal per twee weken psychomedisch overleg plaats tussen huisarts, toegeleidingsverpleegkundige en GZ-psycholoog en dit overleg draagt aantoonbaar bij aan de zorg voor de patiënt	Er vindt minimaal eenmaal per twee weken psychomedisch overleg plaats, dit overleg draagt aantoonbaar bij aan de zorg voor de patiënt en het overleg wordt regelmatig geëvalueerd
FTO	Er is geen FTO	Er is FTO, maar minder vaak dan tweemaal per jaar	Er is minimaal tweemaal per jaar FTO	Er is minimaal tweemaal per jaar FTO waar aantoonbare evaluatie plaatsvindt van geneesmiddelen op individueel niveau

Deskundigheid

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Deskundigheid en registratie artsen	Een of meerdere artsen zijn niet geregistreerd als huisarts en niet als justitieel arts bekend bij de IGZ	De artsen zijn geregistreerd als huisarts of als justitieel arts bekend bij de IGZ	De artsen zijn geregistreerd als huisarts of als justitieel arts en staan allemaal ingepland voor of volgen de opleiding justitieel arts	De artsen hebben allemaal de opleiding justitieel arts afgerond
Deskundigheid verpleegkundige	Een of meerdere verpleeg-kundige(n) hebben geen scholing gehad betreffende het werk in een justitiële inrichting	Alle verpleegkundigen hebben scholing gehad betreffende het werk in een justitiële inrichting	Alle verpleegkundigen zijn ingepland voor of in opleiding tot justitieel verpleegkundige	Alle verpleegkundigen hebben de opleiding justitieel verpleeg-kundige afgerond
Uitwerking instrumentenset toegeleidingsfunctie	Er zijn geen aanvullende werk-afspraken voor de instrumenten-set toegeleidingsfunctie	Er zijn schriftelijk vastgelegde aanvullende werkafspraken voor de instrumentenset toegeleidingsfunctie	Er zijn schriftelijk vastgelegde aanvullende werkafspraken voor de instrumentenset toegeleidingsfunctie. Deze zijn bekend bij betrokkenen en er wordt meegewerkt	De aanvullende werkafspraken voor de instrumentenset toegeleidingsfunctie worden periodiek geëvalueerd

Nascholingsbeleid	De inrichting heeft geen beleid voor nascholing voor de arts en verpleegkundigen	De inrichting heeft beleid voor nascholing voor de arts en verpleegkundigen	De inrichting heeft beleid voor nascholing voor de arts en verpleegkundigen en medewerkers worden gestimuleerd of verplicht gesteld gebruik te maken van het scholingsaanbod	Het nascholingsbeleid wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
Taken en verantwoordelijkheidstoedeling	Taken en verantwoordelijkheden van hoofd medische dienst, arts en verpleegkundige zijn niet schriftelijk vastgelegd	Taken en verantwoordelijkheden van hoofd medische dienst, arts en verpleegkundige zijn schriftelijk vastgelegd	Taken en verantwoordelijkheden van hoofd medische dienst, arts en verpleegkundige zijn vastgelegd en er wordt conform gewerkt	De vastgestelde taken en verantwoordelijk-heidstoedeling wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld

Diseasemanagement en preventie

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Detectie en volgen van patiënten met hart- en vaatziekten	Er is geen beleid om gedetineerden met hart en vaatziekten te detecteren, te diagnosticeren en te volgen	Er is beleid om gedetineerden met hart- en vaatziekten te detecteren, te diagnosticeren en te volgen	Het beleid om gedetineerden met hart- en vaatziekten te detecteren, te diagnosticeren en te volgen is bekend bij het hoofd medische dienst, de toegeleidingsverpleegkundige en de arts	Het beleid is bekend bij het hoofd medische dienst, de toegeleidingsverpleegkundige en de arts. Patiënten met hart- en vaatziekten zijn bekend bij de medische dienst en periodieke somatische screening wordt uitgevoerd
Detectie en volgen van patiënten met diabetes	Er is geen beleid om gedetineerden met diabetes te detecteren en te volgen	Er is beleid om gedetineerden met diabetes te detecteren en te volgen	Het beleid om gedetineerden met diabetes te detecteren, te diagnosticeren en te volgen is bekend bij het hoofd medische dienst, de toegeleidingsverpleegkundige en de arts	Het beleid is bekend bij het hoofd medische dienst, de toegeleidingsverpleegkundige en de arts. Patiënten met diabetes zijn bekend bij de medische dienst en periodieke somatische screening wordt uitgevoerd

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Detectie en volgen van COPD patiënten	Er is geen beleid om gedetineerden met COPD te detecteren, te diagnosticeren en te volgen	Er is beleid om gedetineerden met COPD te detecteren, te diagnosticeren en te volgen	Het beleid om gedetineerden met COPD te detecteren, te diagnosticeren en te volgen is bekend bij het hoofd medische dienst, de toegeleidings-verpleegkundige en de arts	Het beleid is bekend bij het hoofd medische dienst, de toegeleidingsverpleegkundige en de arts. Patiënten met COPD zijn bekend bij de medische dienst en periodieke somatische screening wordt uitgevoerd
Detectie en volgen psychiatrische stoornissen	De inrichting heeft geen beleid om psychiatrische stoornissen te herkennen, te diagnosticeren en te volgen	De inrichting heeft beleid om psychiatrische stoornissen te herkennen, te diagnosticeren en te volgen	Het beleid om psychiatrische stoornissen te herkennen, te diagnosticeren en te volgen is bekend bij het hoofd medische dienst, de toegeleidingsverpleeg-kundige en de arts	Patiënten met psychiatrische stoornissen zijn bekend bij de medische dienst. Zij worden periodiek besproken in het psychomedisch overleg en periodieke somatische screening bij medicatiegebruik wordt uitgevoerd
Detectie en volgen van verslavingsproblematiek	De inrichting heeft geen beleid om verslavingsproblematiek te herkennen, te diagnosticeren en te volgen	De inrichting heeft beleid om verslavingsproblematiek te herkennen, te diagnosticeren en te volgen	Het beleid om verslavings-problematiek te herkennen, te diagnosticeren en te volgen is bekend bij het hoofd medische dienst, de toegeleidingsverpleeg-kundige en de arts	Patiënten met verslavings-problematiek zijn bekend bij de medische dienst. Zij worden periodiek besproken in het psychomedisch overleg
Infectiepreventie beleid	De inrichting heeft geen schriftelijk vastgelegd infectie-preventiebeleid	De inrichting heeft het infectie-preventiebeleid schriftelijk vastgelegd	De inrichting heeft het infectie-preventie-beleid schriftelijk vastgelegd, het is bekend bij het hoofd medische dienst, de arts en de toegeleidingsverpleeg-kundige	De inrichting heeft het infectie-preventie-beleid schriftelijk vast-gelegd, het is bekend bij het hoofd medische dienst, de arts en de toegeleidingsverpleeg-kundige en het wordt periodiek geëvalueerd
Informatiebeleid	Er is geen schriftelijke informatie beschikbaar	Er is voor enkele ziektebeelden schriftelijke informatie beschikbaar of het beschikbare materiaal wordt niet in meerdere talen aangeboden	Er is voor veel ziektebeelden schriftelijke informatie beschik-baar, maar het wordt niet in meerdere talen aangeboden	Er is voor veel ziektebeelden schriftelijke informatie beschik-baar en het wordt in meerdere talen aangeboden

Organisatie van de farmaceutische zorg

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Geneesmiddelenformularium	De arts en psychiater baseren de medicatievoorschriften niet op een geneesmiddelen-formularium	De arts en psychiater baseren de medicatievoorschriften op een geneesmiddelenformularium en er wordt alleen gemotiveerd afgeweken	Het voorschrijven van medicatie gebeurt op basis van een geneesmiddelenformularium. Bij afwijking verifieert de apotheker de reden van afwijking	Het geneesmiddelenformularium wordt adequaat gehanteerd, periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
Elektronisch Voorschrijfsysteem	Er is geen elektronisch voorschrijfsysteem	Er is een elektronisch voorschrijfsysteem maar het wordt niet altijd gebruikt	Er is een elektronisch voorschrijfsysteem dat zowel door de verpleegkundige als door de arts altijd wordt gebruikt	Er is een elektronisch voor-schrijfsysteem dat zowel door de verpleegkundige als door de arts altijd wordt gebruikt en het systeem wordt geëvalueerd en bijgewerkt
Procedure nieuwe recepten	Er wordt gewerkt met (handmatig) overgeschreven lijsten of niet door de arts geautoriseerde recepten	Er wordt gewerkt met individuele recepten die binnen twee werkdagen door de huisarts zijn geautoriseerd	De recepten worden per individu elektronisch aangemaakt en worden geautoriseerd voordat aflevering door de apotheek plaatsvindt	De afspraken over de per individu elektronisch aan-gemaakte recepten die voor aflevering zijn geautoriseerd, worden periodiek geëvalueerd
Procedure herhaalrecept	Er zijn onvoldoende afspraken over de wijze van uitschrijven van herhaalrecept	Er zijn voldoende afspraken over het uitschrijven en tekenen van herhaalrecept	De afspraken over herhaalrecept zijn bekend bij de medewerkers van de medische dienst en er wordt volgens deze afspraken gewerkt Een van de afspraken is het elektronisch aanmaken en geautoriseerd aanleveren van de recepten	Er wordt gewerkt volgens de afspraken over herhaalrecept en de werkwijze en afspraken worden periodiek geëvalueerd
Aanleveren van geneesmiddelen door apotheek aan de PI	De levering van geneesmiddelen is niet gerobotiseerd	De levering van geneesmiddelen is gerobotiseerd, maar bevat geen geboortedatum van de patiënt	De levering van geneesmiddelen is gerobotiseerd en bevat naam en geboortedatum van de patiënt	De levering van geneesmiddelen is gerobotiseerd en bevat naam en geboortedatum van de patiënt en eventuele aanvullende informatie

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Deskundigheid bij het overhandigen van de geneesmiddelen aan de patiënt	Geneesmiddelen worden ter hand gesteld door PIW'ers die niet zijn voorgelicht of geschoold op het gebied van de medicatieverstrekking	Geneesmiddelen worden ter hand gesteld door PIW'ers die mondeling zijn voorgelicht over de te verstrekken medicatie.	Geneesmiddelen worden ter hand gesteld door verpleegkundige of PIW'ers die geschoold zijn op het gebied van de medicatieverstrekking.	De geneesmiddelen worden ter hand gesteld door PIW'ers of verpleegkundige die periodiek nascholing krijgen op het gebied van de medicatieverstrekking.
Informatie aan de patiënt bij geneesmiddelengebruik	Er is geen schriftelijke informatie voor de patiënt bij de eerste uitgifte van geneesmiddelen	Er is geen actieve informatieverstrekking bij de eerste afgifte van geneesmiddelen, maar wel op verzoek van de patiënt, mondeling of schriftelijk.	Er is altijd schriftelijke informatie voor de patiënt bij de eerste uitgifte van geneesmiddelen. Dit is protocollair vastgelegd	De schriftelijke informatie is in meerdere talen beschikbaar en wordt altijd overhandigd bij de eerste uitgifte van geneesmiddelen. Bij vragen is toelichting mogelijk. Dit is protocollair vastgelegd
Verantwoordelijkheidstoedeling distributie beschreven in protocol	De verantwoordelijkheidstoedeling distributie is niet schriftelijk vastgelegd	De verantwoordelijkheidstoedeling distributie is schriftelijk vastgelegd	De verantwoordelijkheidstoedeling distributie is schriftelijk vastgelegd, bekend bij de medewerkers en er wordt conform gewerkt	De verantwoordelijkheidstoedeling distributie is schriftelijk vastgelegd, er wordt conform gewerkt en wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
Voorraad noodkoffer	Er is geen beleid over de hoeveelheid en samenstelling en het beheer van de noodkoffer	Er is beleid over de hoeveelheid en samenstelling en het beheer van de noodkoffer	Er is beleid over de hoeveelheid en samenstelling en het beheer van de noodkoffer volgens de richtlijn DJI.	Er is beleid over de hoeveelheid en samenstelling en beheer van de noodkoffer volgens de DJI richtlijn. De controleprocedure voor dit beleid kan worden aangetoond
Verantwoordelijkheid voorraad en opslag drogisterij en op naam gestelde geneesmiddelen	De verantwoordelijkheid voor de voorraad en opslag van geneesmiddelen is niet protocollair vastgelegd	De verantwoordelijkheid voor de voorraad en opslag van geneesmiddelen en de gedelegeerde taken voor de verpleegkundige zijn protocollair vastgelegd	De verantwoordelijkheid voor de voorraad en opslag en de gedelegeerde taken voor de verpleegkundige zijn protocollair vastgelegd. Dit is bekend bij verpleegkundige, arts en hoofd medische dienst en er wordt conform gewerkt	De verantwoordelijkheid van de voorraad en opslag is vastgelegd en de gedelegeerde taken voor de verpleegkundige zijn bekend bij verpleegkundige, arts en hoofd medische dienst. Er wordt conform gewerkt en het protocol wordt indien nodig periodiek geëvalueerd en bijgesteld

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
Retourbeleid	Er is geen retourbeleid voor voorraden medicatie die niet meer gebruikt worden of over de datum zijn	Er is retourbeleid voor voorraden medicatie die niet meer gebruikt worden of over de datum zijn. Er zijn echter toch dergelijke geneesmiddelen aangetroffen	Er is retourbeleid voor voorraden medicatie die niet meer gebruikt worden of over de datum zijn. Dergelijke geneesmiddelen zijn niet aangetroffen	Er is retourbeleid voor voorraden medicatie die niet meer gebruikt worden of over de datum zijn. Dergelijke geneesmiddelen zijn niet aangetroffen en controle-schema kan worden aangetoond

Klachten, incidenten en calamiteiten

	Afwezig	*Aanwezig*	*Operationeel*	*Geborgd*
MIP commissie	De PI meldt incidenten en calamiteiten niet bij de afdeling gezondheidszorg van DJI (fungeert als MIP commissie)	De PI meldt incidenten en calamiteiten bij de afdeling gezondheidszorg van DJI (fungeert als MIP commissie)	De PI meldt bij DJI en meldingen worden volgens procedure geanalyseerd en beoordeeld, en analyse MIP leidt tot adviezen naar melder en directie	Meldingen worden volgens procedure geanalyseerd en adviezen worden door directie opgevolgd, er is inzicht in kwetsbare organisatie-onderdelen zodat er sprake is van een effectieve verbetercyclus
Klachten medische dienst	Er is geen beleid voor de afhandeling van klachten over de medische dienst	Er is beleid voor de afhandeling van klachten over de medische dienst	Er is beleid voor de afhandeling van klachten over de medische dienst en de klachten worden geregistreerd	De registratie van klachten leidt tot verbetermaatregelen van de organisatie medische dienst
Calamiteiten volgens de leidraad meldingen IGZ	Er is geen protocol voor het melden van calamiteiten bij IGZ	Er is een protocol voor het melden van calamiteiten bij IGZ	Er is een protocol voor het melden van calamiteiten bij IGZ en dit protocol is bekend bij de medewerkers	Er is een protocol voor het melden van calamiteiten bij IGZ Dit protocol is bekend bij de medewerkers en wordt periodiek geëvalueerd

BIJLAGE 4 Lijst van afkortingen

ANW–dienst	Avond-, nacht- en weekenddienst
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FARR	Forensische Artsen Regio Rijnmond
FMMU	Forensische medische maatschap Utrecht
FTO	Farmacotherapeutisch overleg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst (soms staat de eerste G ook voor Gewestelijke of Gemeenschappelijke)
GW	Geneesmiddelenwet
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
HvB	Huis van Bewaring
MIP	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
PEN-ziekenhuis	Penitentiair Ziekenhuis
PI	Penitentiaire inrichting
PIW'er	Penitentiair inrichtingswerker
VMZ	Verantwoord Medische Zorg
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten in de zorgsector
Wet BOPZ	Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen

IGZ 09-39; 300 exemplaren