



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Penitentiair Psychiatrische Centra leveren  
kort na opening al verantwoorde zorg

Utrecht, augustus 2011



## Inhoud

### **Voorwoord – 5**

### **Samenvatting – 7**

#### **1 Inleiding – 9**

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvragen en afbakening – 10
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 11

#### **2 Conclusies – 13**

- 2.1 PPC's voldoen aan normen voor verantwoorde zorg – 13
- 2.2 Kwaliteitsbeleid: werkend kwaliteitssysteem borgt verantwoorde zorg – 13
- 2.3 PPC's leven veldnormen na, indicatiestelling nog te oppervlakkig – 13
- 2.4 Positie van de ZBIW-ers kwetsbaar, maar ontwikkelt zich in goede richting – 14
- 2.5 Kwaliteit farmaceutisch proces op orde, kennis medewerkers moet beter – 14
- 2.6 Gebruiksonvriendelijkheid dossier(systematiek) werkt afstemmingsproblemen/fouten in de hand – 15

#### **3 Handhaving – 17**

- 3.1 Maatregelen PPC's – 17
- 3.2 Aanbevelingen voor het ministerie van Veiligheid en Justitie – 17
- 3.3 Aanbevelingen voor Directie Gevangeniswezen (ministerie van Veiligheid en Justitie) en Directies Penitentiair Psychiatrisch Centrum – 17
- 3.4 Vervolgacties inspectie – 17

#### **4 Resultaten – 19**

- 4.1 Resultaat eerste bezoekeronde – 19
  - 4.1.1 Kwaliteitsbeleid – 19
  - 4.1.2 Psychiatrische en psychosociale behandeling en bejegening – 20
  - 4.1.3 Farmaceutisch proces – 20
- 4.2 Resultaat tweede bezoekeronde – 21
  - 4.2.1 Kwaliteitsbeleid blijkt goed op streek bij tweede bezoekeronde – 21
  - 4.2.2 Psychiatrische en psychosociale behandeling en bejegening – 22
  - 4.2.3 Farmaceutisch proces – 23

#### **5 Beschouwing – 25**

#### **6 Summary – 27**

#### **Literatuurlijst – 29**

- Bijlage 1 Lijst van afkortingen – 30
- Bijlage 2 Toezichtnormen – 31



## Voorwoord

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2010 en 2011 de in 2009/2010 nieuw opgezette Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's) bezocht. Deze PPC's bieden zorg aan gedetineerden met psychiatrische en verslavingsproblematiek die niet voldoende behandeld kunnen worden binnen de reguliere zorg van penitentiaire inrichtingen of binnen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In Nederland verblijven ongeveer 18.000 mensen in detentie. Uit diverse studies blijkt dat 70 à 90% van deze gedetineerden ooit in hun leven een psychiatrische stoornis had of nog heeft. Tijdens detentie heeft meer dan 10% van deze mensen een (specialistische) behandeling. Deze behandeling kan na indicatiestelling in de penitentiaire inrichtingen, de PPC's of de reguliere psychiatrische ziekenhuizen worden geboden. De binnen penitentiaire inrichtingen veel voorkomende ziektebeelden behoren tot de meest complexe en chronische psychiatrische aandoeningen. Vandaar dat de inspectie het belang van een goede kwaliteit van zorg voor deze specifieke – potentieel kwetsbare - groep wil benadrukken. Dit belang is door de inspectie tot uitdrukking gebracht door het thematoezicht aan de recent opgerichte PPC's. Voorafgaand aan dit onderzoek heeft afstemming plaatsgevonden met de Inspectie voor de Sanctietoepassing.

Vanwege de recente start heeft de inspectie gekozen voor een stimulerende aanpak waarbij tijdens de verschillende fasen van dit thematoezicht met de verantwoorde directeuren in expertbijeenkomsten de resultaten en adviezen werden besproken en de afstemming tussen de verschillende PPC's werd gestimuleerd. Ieder PPC kende zijn eigen specifieke start- of doorstartproblemen en men kon gebruikmaken van elkaars expertise tijdens de implementatie van behandelrichtlijnen, verheldering van diverse verantwoordelijkheden en kwaliteitsinstrumenten. De inspectie hield bij het onderzoek rekening met de ontwikkelingsfase waarin de PPC's verkeerden.

Ondanks deze problematiek die inherent is aan een ontwikkelfase constateert de inspectie dat de PPC's in korte tijd boven verwachting aan de door de inspectie gehanteerde normen voor verantwoorde zorg wisten te voldoen en dat onze stimulerende aanpak goede resultaten heeft opgeleverd.

Er resteert nog wel een belangrijk risico voor de kwaliteit van zorg. Gebleken is dat de PPC's niet de beschikking hebben over een integraal en goed toegankelijk patiëntendossier. Informatieoverdracht en verantwoording van handelen is zo onvoldoende geborgd. Ik adviseer daarom de Minister van Veiligheid & Justitie om de PPC's snel in de gelegenheid te stellen deze risico's met een goed werkend integraal patiëntendossier te beperken.

Prof. dr. G. van der Wal,  
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg



## Samenvatting

Sinds 2009 beschikken de penitentiaire inrichtingen in Nederland over een vijftal zogenoemde Penitentiaire Psychiatrische Centra: in feite een tweedelijns voorziening voor geestelijke gezondheidszorg binnen het gevangeniswezen. Het PPC biedt psychiatrische zorg aan gedetineerden die dat nodig hebben en om diverse redenen niet binnen de reguliere GGZ behandeld kunnen worden (bijvoorbeeld vanwege beveiligingsredenen). De totale beoogde capaciteit van deze vijf PPC's bedraagt bijna 700 plaatsen (maart 2011).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft besloten om de realisatie van deze specifieke setting te volgen door de PPC's in 2010/2011 te bezoeken. Deze bezoekronde had tot doel om zicht te krijgen op de wijze waarop psychiatrische zorg voor gedetineerden binnen het PPC gestalte krijgt. Daarnaast moesten de inspectiebezoeken een stimulans geven aan de zorginhoudelijke ontwikkeling.

In de voorbereidings- en uitvoeringsfase van deze bezoekronde heeft de inspectie via een drietal expertmeetings met de zorgdirecteuren en vertegenwoordigers van Directie Gevangeniswezen van het ministerie van Veiligheid & Justitie doelstelling en opzet van het project besproken. Aan de hand van deze expertmeetings heeft de inspectie zich een goed beeld kunnen vormen van de toezichtonderwerpen die in deze fase van ontwikkeling relevant en passend waren.

De toetsingssnormen werden door de inspectie in twee soorten van urgentie ingedeeld. De normen die tot maatregelen zouden kunnen leiden, vanwege de (mogelijk) directe veiligheidsrisico's voor de patiënten (de handhavingsnormen) en die normen die minder directe maatregelen noodzakelijk maken, zoals het hebben van een professioneel statuut of een volledig werkend kwaliteitssysteem (de groeinenormen).

Na een eerste inventariserende ronde werden de resultaten bij beide normsoorten aan ieder PPC afzonderlijke gerapporteerd en kreeg het PPC een half jaar om aan de zogenoemde handhavingsnormen te voldoen.

Elk PPC werd binnen een tijdsbestek van een half jaar twee keer bezocht. De inspectie constateert na de tweede bezoekronde dat alle PPC's in de randvoorwaardelijke sfeer voldoen aan de minimale voorwaarden voor verantwoorde zorg. De scores van de eerste bezoekronde waren volgens verwachting: lang niet alle (groei- en handhavings)normen waren op orde en de langst geopende PPC's scoorden beter dan recent geopende PPC's. De scores bij de tweede bezoekronde waren, ondanks de moeilijke organisatorische omstandigheden, boven verwachting: alle PPC's boekten grote vooruitgang waarbij zowel de groei- als de handhavingsnormen in voldoende mate op orde bleken te zijn. Vandaar dat geen van de PPC-directeuren werd gevraagd een plan van aanpak op te stellen. Eén van de succesfactoren voor deze voorspoedige ontwikkeling was dat de PPC-directies elkaar frequent ontmoetten, waarbij beleid(ontwikkeling) en expertise met elkaar werd gedeeld en uitgewisseld.

Een belangrijk knelpunt echter is het ontbreken van een goed functionerend geïntegreerd patientendossier. Dit vormt één van de grootste risico's bij de onderdelen diagnostiek en behandeling.

In de komende jaren zal de inspectie er op toezien dat de positieve ontwikkelingslijn wordt bestendigd en verdere verdieping plaatsvindt van dit specifieke medisch psychiatrisch behandelaanbod aan gedetineerden met een psychiatrische stoornis.





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

Sinds eind 2009 zijn binnen de penitentiaire inrichtingen Amsterdam, Vught, Den Haag, Zwolle en Maastricht, vijf zogenoemde Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's) geopend. Deze klinisch psychiatrische centra bieden zorg aan gedetineerden met psychiatrische en verslavingsproblematiek die niet voldoende behandeld kunnen worden binnen de reguliere zorg van penitentiaire inrichtingen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg beschouwt gedetineerden met psychiatrische problematiek (inclusief verslaving) als een kwetsbare groep omdat sprake is van zowel het gedwongen verblijf als de complexiteit van de problematiek. De binnen penitentiaire inrichtingen veel voorkomende ziektebeelden behoren tot de meest complexe en chronische psychiatrische aandoeningen. De patiëntveiligheid en aandoeninggerichtheid zijn voor deze groep bij uitstek aan de orde gezien de complexe situatie waarin zij verkeren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg besteedt conform het meerjarenbeleidsplan 2008-2011 extra aandacht aan kwetsbare groepen, aandoeninggericht toezicht en patiëntveiligheid.

In het document 'Sterk van Geest, naar herstel van regie' van het programma GGZ, Forensische zorg en Verslavingszorg is vastgelegd om in het toezicht 2010/2011 ook aandacht te besteden aan deze PPC's door een eerste nulmeting.

Het project startte in januari 2010. De gegevensverzameling (eerste en tweede bezoekeronderzoek) vond plaats tussen juni 2010 en februari 2011.

In de Nederlandse penitentiaire inrichtingen is bij veel gedetineerden sprake van psychiatrische problematiek (NIFP-magazine themanummer januari 2008). Gedetineerden met psychiatrische problematiek lopen de kans dat hun psychiatrisch probleem onvoldoende (tijdig) wordt herkend. Als het probleem wel wordt herkend, komt het hulpverleningsaanbod niet op gang en/of voldoet het niet vanzelfsprekend aan de normen voor verantwoorde zorg. Ook is de aansluiting met, en continuïteit van, de zorg buiten detentie na ontslag vaak problematisch.

Ook in Engeland is deze problematiek onderkend en wordt het belang van vroege detectie tijdens detentie voor een betere aansluiting tussen zorg binnen en buiten detentiecentra benadrukt. Verbetering van (vroeg)herkenning van iemands gezondheids- en sociale zorgbehoeften wordt ook daar ten doel gesteld: *"as early as possible on their offender pathway – not only for the individual, but also for society - in terms of reducing health inequalities and reoffending and improving public protect"* (Bradshaw, 2010).

In adviezen van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming wordt gesteld "Breng de zorg aan gedetineerden met een psychiatrische stoornis of verslaving op hetzelfde niveau als in de vrije samenleving" (RSJ, 2007). Het equivalentie- oftewel het gelijkwaardigheidsbeginsel was hierbij leidend voor de Raad. "Aan personen die aan een psychiatrische stoornis of andere aandoening lijden terwijl ze een straf of maatregel in een justitiële inrichting ondergaan, dient zorg te worden geboden die gelijkwaardig is aan de zorg buiten de instelling" (RSJ, 2008).

Om het psychiatrisch hulpverleningsaanbod binnen de penitentiaire inrichtingen te verbeteren en te stroomlijnen, en daarmee recidivereductie te bewerkstelligen,

heeft het ministerie van Veiligheid & Justitie er voor gekozen om vijf zogenoemde PPC's binnen penitentiaire inrichtingen in te richten.

Door de verschillende zorgplaatsen binnen de PPC's te concentreren wordt geprobeerd om meer specialistische kennis op te bouwen in de diagnostische en therapeutische benadering van gedetineerden met een psychiatrische stoornis. In maart 2011 omvat de totale PPC-capaciteit 600 klinische plaatsen. De beoogde capaciteit van 676 plaatsen zal in de loop van 2011 worden gerealiseerd.

Er worden in de PPC's gedetineerden geplaatst die een psychiatrische zorgvraag/-behoefte hebben, maar (nog) niet binnen de reguliere GGZ geplaatst kunnen worden. De PPC's worden geacht kwalitatief verantwoorde zorg te bieden binnen detentie. Zorg die in elk geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De geleverde zorg in de PPC's moet voldoen aan veld- en beroepsnormen en wordt gewaarborgd door een werkend kwaliteitssysteem.

Het is voor gedetineerde psychiatrische patiënten van belang dat de inspectie - conform de Kwaliteitswet zorginstellingen - inventariseert in hoeverre de kwaliteit en organisatie van de gezondheidszorgfuncties goed zijn geregeld en geborgd. Patiënten in detentie moeten met gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg een beroep op die zorg kunnen doen, net zoals patiënten die afhankelijk zijn van de (reguliere) GGZ in de vrije samenleving.

Omdat de klinisch psychiatrische zorg in de vijf PPC's een (deels) nieuw initiatief is en een aantal van de in 2009 opgerichte PPC's nog in een eerste ontwikkelstadium verkeren, is een inventarisatie (nulmeting) door de inspectie vooral bedoeld om de ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg van de verschillende PPC's te stimuleren.

## **1.2 Onderzoeksvragen en afbakening**

### *Hoofdvraag*

In hoeverre voldoen de diagnostiek en behandeling van gedetineerde patiënten binnen de PPC's aan de normen voor verantwoorde zorg?

Deze vraag werd onderverdeeld in de onderstaande subvragen:

- 1 Wordt de kwaliteit van de zorg gewaarborgd door een (werkend) kwaliteitssysteem?
- 2 Voldoen de geleverde behandeling (inclusief farmacotherapie) en zorg aan veld- en beroepsnormen?
- 3 Is indicatiestelling voor toegeleiding naar psychiatrische hulpverlening binnen PPC's adequaat geregeld?

### *Beperking van het bereik van dit onderzoek*

De problematiek van gedetineerde patiënten is van dien aard dat ook aandacht besteed zou moeten worden aan de ketenzorg tussen PPC's, GGZ en andere zorg aanbieders en dienstverleners. Door het korte bestaan van de PPC's in hun huidige vorm en het nog maar geringe overzicht dat bestond over de relaties met de diverse ketenpartners ten tijde van het onderzoek zijn deze ketenzorgaspecten in *dit* onderzoek nog niet meegenomen.

### 1.3 **Onderzoeksmethode en toetsingskader**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft alle vijf PPC's in een tijdsbestek van een half jaar tweemaal bezocht. De eerste bezoekenrondte vond plaats medio 2010 en de tweede bezoekenrondte begin 2011.

Het toetsingskader (zie bijlage) dat bij dit thematoezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is gehanteerd, is een uitwerking van de thema's:

- 1 Kwaliteitsbeleid.
- 2 Psychiatrische en psychosociale behandeling/bejegening.
- 3 Farmaceutisch proces.

Bij ieder thema dat bestaat uit een aantal toezichtaspecten wordt een aantal normen op operationeel of niet operationeel getoetst. De helft van de normen worden groeionormen genoemd. De andere normen zijn gedefinieerd als handavingsnormen. Handavingsnormen beschouwt de inspectie als noodzakelijke voorwaarden om van verantwoorde zorg te kunnen spreken. De handavingsnormen zijn die normen die algemeen geaccepteerd worden in het veld als minimumvereisten voor veilige zorg aan patiënten. Wanneer deze handavingsnormen niet operationeel blijken te zijn, levert dit een direct risico op voor de veiligheid van de in detentie verblijvende, opgenomen patiënten. Bij andere veldnormen die als groeionormen naar voren komen, zal handhaven niet met repressief corrigerende, maar met advies- en stimuleringsmaatregelen gepaard gaan (zie ook IGZ Handavingskader 2008). Deze tweedeling van normsoorten heeft in deze context te maken met de aard en de bijzondere fase van dit toezicht en doet recht aan situationeel, proportioneel toezicht en handhaven.

De inspectie beschouwt deze indeling als een juiste ingang om tot proportioneel/- situationeel toezicht en handhaven te komen, daar waar ontwikkelen van een nieuw zorgaanbod aan de orde is.

Scoringssystematiek: Over het thema als geheel wordt geen risicoscore gegeven. Bij de beoordeling van de toezichtnormen zijn steeds twee kwalificaties mogelijk: de norm is operationeel (aantoonbaar in gebruik) of niet-operationeel (niet aantoonbaar in gebruik). De inspectie heeft bij de toetsing gebruikgemaakt van 5 informatiebronnen (zie onder toezichtbezoeken). Elke norm werd getoetst aan de hand van ten minste 3 van de 5 informatiebronnen.

#### *Toezichtbezoeken*

De beoordeling vond plaats tijdens een locatiebezoek door een vast team bestaande uit inspecteur-projectleider, een toezichtmedewerker en een psychiater-adviseur.

Het eerste bezoek en toetsing bestond uit de volgende 5 onderdelen:

- Gesprek met de Directie.
- Gesprek met een vertegenwoordiging van het behandel/begeleidingsteam.
- Gesprek met patiënten.
- Documenteninzage over visie, behandelbeleid, richtlijn en protocollengebruik, kwaliteitssysteem etc.
- Het inzien van 3-6 patiëntendossiers.

Het tweede bezoek kende, afhankelijk van de score bij het eerste bezoek, 2 tot 4 onderdelen en bestond uit:

- Een gesprek met de Directie.
- In de meeste gevallen ook een gesprek met het behandel/begeleidingsteam.
- Documenteninzage over visie, beleid, richtlijn en protocollen gebruik, kwaliteitssysteem etc.
- Het inzien van 3-6 patiëntendossiers.

### *Handhavingsplan*

Na de eerste bezoekronde is de PPC's gevraagd bij de niet-operationeel gescoorde 'handhavingsnormen' direct verbetermaatregelen uit te voeren. Deze verbeteringen worden tijdens de tweede ronde – uiterlijk 6 maanden later – getoetst.

Ook de groeinormen werden in de tweede bezoekronde tijdens het gesprek met de directie bij alle PPC's opnieuw getoetst en van advies voorzien.

Mocht na de tweede bezoekronde blijken dat een 'handhavingsnorm' nog steeds niet operationeel zou scoren, dan moet de directie van het PPC zorgdragen dat nog voor het uitbrengen van het eindrapport wordt voldaan aan de handhavingsnorm. De controle op het verbetertraject door de inspectie zou daarbij tot het niveau van het zogenoemde 'verscherpt' toezicht kunnen worden geïntensiveerd.

### *Kennisgeving resultaten*

De directies van de PPC's hebben separaat een rapport ontvangen van het eerste bezoek met de resultaten. De inspectie heeft de directies de gelegenheid geboden om het instellingsrapport te controleren op feitelijke onjuistheden.

De resultaten van de tweede bezoekronde ontvingen de directies separaat per brief. Gezien de prille fase van organisatieontwikkeling heeft de inspectie er voor gekozen om de instellingsrapportages niet actief openbaar te maken.

Het geaggregeerde eindrapport over de twee bezoekrondes zal aan de PPC's en het ministerie van Veiligheid & Justitie en ministerie van VWS worden toegestuurd.

Het vastgestelde eindrapport publiceert de inspectie op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

### *Toetsingskader*

De toezichtnormen voor de thema's *kwaliteitsbeleid, psychiatrische en psychosociale behandeling/bejegening en farmaceutisch proces* zijn gebaseerd op de uitgangspunten zoals geformuleerd in Modernisering Gevangeniswezen, Vernieuwing Forensische Zorg en Kaderdocument 'De toekomst is nooit af'.

Daarnaast is het toetsingskader mede gebaseerd op de normen die de inspectie eerder gebruikte bij de landelijke toezichtronde aan de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) in 2008.

Ook relevante wet- en regelgeving werd door de inspectie gebruikt voor het opstellen van het toetsingskader. Met name de Kwaliteitswet zorginstellingen is hierbij leidend geweest. In het kader van dit toezicht zijn vooral de volgende artikelen uit de Kwaliteitswet relevant:

- Art 2. Het leveren van verantwoorde zorg.
- Art 3. Het op zodanige wijze organiseren van de zorg dat een en ander moet leiden tot verantwoorde zorg.
- Art 4. Het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

De relevantie van het toetsingskader is tijdens een expertmeeting voorafgaand aan de bezoekronde besproken met en onderschreven door de directies van de PPC's.

## 2 Conclusies

### 2.1 **PPC's voldoen aan normen voor verantwoorde zorg**

De kaders, structuur en borging van het kwaliteitsbeleid en de diverse aspecten van diagnostiek en behandeling binnen de PPC's zijn op orde. Verdieping van de kwaliteit van behandeling in de verschillende milieus, zorgprogramma's en de keten verdienen nu de aandacht.

In de volgende paragrafen wordt deze hoofdconclusie verder toegelicht.

### 2.2 **Kwaliteitsbeleid: werkend kwaliteitssysteem borgt verantwoorde zorg**

In alle vijf de PPC's biedt de aanwezigheid van een werkend kwaliteitssysteem directie en medewerkers houvast en geeft sturing aan het ontwikkeltraject naar een volwaardige behandelsetting binnen het Gevangeniswezen.

De verschillende scores op het gebied van kwaliteitsbeleid zijn in een half jaar sterk verbeterd. De directeuren Zorg & Behandeling wisselen, mede ondersteund vanuit DJI en door een onafhankelijk extern adviseur, binnen een kwaliteitsplatform opgedane kennis en expertise met elkaar uit en formuleren voor de PPC's generieke randvoorwaardelijke en zorginhoudelijke uitgangspunten. PPC's die - onder andere vanwege complexe opstartomstandigheden - een ontwikkelachterstand hebben, profiteren zodoende van reeds opgedane en beschikbare kennis en expertise binnen andere PPC's.

De groei- en handhavingsnormen binnen het thema 'kwaliteit', ontwikkelen zich bij alle vijf de PPC's van onvoldoende bij de eerste bezoekreide naar verantwoord bij de tweede bezoekreide. Bij alle PPC's is een integraal kwaliteitssysteem operationeel, wordt er volgens een P&C-cyclus gewerkt met instellings- en afdelingsjaarplannen en zijn er (weliswaar nog rudimentair) per kwartaal *managementreviews* beschikbaar. Scholing en deskundigheidsbevordering - ook met betrekking tot dwang en drang - zijn in de beleidscyclus ondergebracht en cursussen worden systematisch gegeven. De kwaliteit en kwantiteit van het personeel is op orde en daar waar nog onvoldoende 24-uurs verpleegkundige inzet is geborgd zijn alternatieve plaatsingsmogelijkheden bij een ander PPC beschikbaar (zie ook volgende paragraaf).

In elk PPC functioneert na het tweede inspectiebezoek een Meldingscommissie Incidenten Patëntenzorg (MIP-commissie) die incidenten analyseert, registreert en de directie adviseert.

Ook is binnen elk PPC een begin gemaakt om, naar analogie van de reguliere GGZ, dwang- & drangtoepassingen te registreren en waar mogelijk te reduceren of juist zorgvuldig toe te passen.

### 2.3 **PPC's leven veldnormen na, indicatiestelling nog te oppervlakkig**

Binnen elk PPC wordt de richting van het multidisciplinair werken bepaald aan de hand van een visiedocument. In dit visiedocument worden de onderscheiden afdelingsmilieus beschreven. Het hebben van een eenduidige visie en de daaruit afgeleide afdelingsmilieus geeft richting en biedt houvast aan de ontwikkeling van de organisatie en de vormgeving van het therapeutisch milieu. Beleidsafspraken over verslaglegging en samenwerking zijn goed in de verschillende richtlijnen, protocollen en het NIFP/PPC-formularium beschreven, maar moeten zich in de komende jaren verder verdiepen.

Omdat elk PPC bij de tweede toetsing de beschikking heeft over voldoende medisch psychiatrische, psychologische en verpleegkundige expertise, is elk PPC in staat om geneeskundige handelingen onder dwang toe te passen.

In tegenstelling tot bij het eerste bezoek bevatte elk dossier bij de tweede bezoeker het indicatiebesluit voor plaatsing in het PPC. Dit indicatiebesluit was echter veelal oppervlakkig en bevatte weinig concrete informatie voor de behandeling/-begeleiding binnen het PPC. In sommige gevallen werd het indicatiebesluit pas na plaatsing in het PPC door de (NIFP-)psychiater gevalideerd. In alle gevallen ging het echter wel om terechte plaatsingen en betrof het veelal acute, overlast veroorzakende en daarmee in het oog springende psychiatrische problematiek.

#### **2.4 Positie van de ZBIW-ers kwetsbaar, maar ontwikkelt zich in goede richting**

Het afdelingshoofd en hoofd behandeling (gedragskundige) zijn verantwoordelijk voor de duale leiding van het aan de afdeling verbonden multidisciplinair team (MDT). De zorg- en behandelingsrichtingswerkers (ZBIW-ers) fungeren veelal als de ogen en oren van de overige leden van het MDT. Zij nemen in de 24-uurs leef-/woonsituatie het leeuwendeel van het uitvoerend werk op de afdeling voor hun rekening. In feite vormen zij de spil van het MDT.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert dat de opleidingsachtergrond van de ZBIW-ers zeer divers is. Kennis van psychopathologie en vaardigheden op het gebied van psychotherapeutisch werken moet zich bij een deel van de ZBIW-ers nog verder ontwikkelen. Hierin wordt voorzien doordat elke ZBIW-er bij aanstelling een standaard trainings/scholingsaanbod ontvangt.

De inspectie constateerde bij de eerste bezoeker dat de inzagemogelijkheden van ZBIW-ers in het patiëntdossier onnodig werden ingeperkt en dat de ZBIW-er niet in elk PPC aanwezig mochten zijn bij de behandelplanbesprekingen. De inspectie concludeerde op grond van deze bevinding dat de ZBIW-ers onnodig en onterecht werden ingeperkt in hun bevoegdheden om de aan deze functie toebedeelde verantwoordelijkheden te kunnen waarmaken. Vandaar dat zij de directies na de eerste bezoeker heeft gewezen op de kwetsbaarheid van de positie van ZBIW-ers. Zij heeft erop aangedrongen om juist in deze fase van organisatieontwikkeling direct maatregelen te treffen zodat de functie van ZBIW-er, gezien de specifieke taken en positie binnen het MDT, in de komende jaren tot volle wasdom kan komen. Dossierinzage en participatiemogelijkheden binnen het multidisciplinair behandelproces (= deelnemen aan behandelplanbesprekingen) zijn hieraan, uiteraard met inachtneming van geheimhoudingsverplichting, onlosmakelijk verbonden. Omdat de ZBIW-ers in de periode tussen de eerste en tweede bezoeker recht op inzage hebben gekregen én in alle PPC's aanwezig zijn bij behandelplanbesprekingen zijn alle ZBIW-ers in de positie gebracht om als volwaardig zorginhoudelijk professional te kunnen (gaan) participeren binnen het multidisciplinair behandelproces.

#### **2.5 Kwaliteit farmaceutisch proces op orde, kennis medewerkers moet beter**

De (borging van de) kwaliteit van het farmaceutisch proces is bij de eerste bezoeker nog niet op orde, maar blijkt bij de tweede toetsing een goede ontwikkeling te hebben doorgemaakt. Zo beschikt elke afdeling op de verstrekkingsmomenten over een actueel medicatieoverzicht en hebben de PPC's sinds september 2010 de beschikking over een geactualiseerd formularium (voor het NIFP en PPC). Dit formularium, dat richtinggevend is voor het voorschrijfbeleid binnen de PPC's, is gebaseerd op gangbare beroepspraktijk c.q. vigerende (multidisciplinaire) richtlijnen. De (gecontracteerde) apotheker verricht binnen elk PPC periodiek kwaliteitscontroles van opslag en distributie.

Met name de niet-verpleegkundige ZBIW-ers beschikken bij indiensttreding veelal niet over expertise op het gebied van het farmaceutisch proces. Een belangrijk deel van de medicatiedistributie is in handen van de verpleegkundige die aan de medische dienst is verbonden. Deze verpleegkundige bewaakt op afdelingsniveau de kwaliteit van het farmaceutisch proces.

De inspectie concludeert na de tweede bezoekeronde dat de kwaliteit van het farmaceutisch proces op orde is. De PPC's voldoen in deze ontwikkelingsfase aan de gestelde normen. Dit komt vooral doordat het nieuwe formularium 2010 is vastgesteld, de PPC's (met goed resultaat) hard gewerkt hebben aan de beschikbaarheid van een actueel medicatieoverzicht, de verpleegkundige van de medische dienst naar de niet-verpleegkundige ZBIW-ers een ondersteunende/faciliterende rol heeft en er een medicatiemodule in het opleidingsaanbod is opgenomen. De kennis van de, met name niet-verpleegkundige, ZBIW-ers moet zich in de komende jaren verder ontwikkelen.

## **2.6 Gebruiksonvriendelijkheid dossier(systematiek) werkt afstemmingsproblemen/fouten in de hand**

Binnen de PPC's bestaan verschillende naast elkaar functionerende, voornamelijk digitale, dossiersystemen. Deze dossiersystemen zijn, ieder met zijn eigen functionaliteiten en autorisaties, niet aan elkaar te koppelen. Daarom constateert de inspectie bij de eerste bezoekeronde een aanmerkelijk risico dat informatie die relevant is of kan zijn voor goede en veilige patiëntenzorg, onvoldoende beschikbaar is of kan worden gedeeld tussen de verschillende bij de behandeling betrokken disciplines. Bij de eerste bezoekeronde bleek dat relevante behandelinhoudelijke informatie gefragmenteerd was weergegeven in de verschillende dossiersystemen die zich ook nog eens op verschillende plaatsen binnen het PPC bevonden. Hierdoor had in feite niemand van het multidisciplinair team de beschikking over alle informatie, en daarmee het volledige overzicht. Door deze dossiersystematiek hadden bovendien niet alle afdelingen binnen de vijf PPC's de beschikking over een actueel medicatieoverzicht. Een ander gevolg van de ingewikkelde dossier-systematiek was dat de inspectie het dossier bij de eerste bezoekeronde nauwelijks als toetsingsbron kon gebruiken.

In de aanloop naar de tweede bezoekeronde hebben de directies van de PPC's besloten om de meest relevante informatie uit de verschillende dossiersystemen in een integraal papieren dossier samen te voegen. Deze kunstgreep maakte dat alle leden van het multidisciplinaire team (inclusief de ZBIW-ers) gelijktijdig geïnformeerd waren/konden zijn over de individuele patiëntenzorg. Ook was bij de tweede bezoekeronde op alle afdelingen een actueel medicatieoverzicht beschikbaar en kon de inspectie de gevraagde informatie in het samengestelde papieren dossier terug vinden.





## 3 Handhaving

### 3.1 Maatregelen PPC's

De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt vast dat na twee bezoeken de PPC's bij zowel de groei- als handhavingsnormen voldoen aan de gestelde kwaliteitsvereisten. Geen van de PPC-directies is gevraagd om vanwege ondermaatse scores een plan van aanpak op te stellen.

### 3.2 Aanbevelingen voor het ministerie van Veiligheid en Justitie

- Het is noodzakelijk dat het ministerie van Veiligheid en Justitie de ontwikkeling van een integraal (elektronisch) patiëntdossier stimuleert en faciliteert. Dit dossier moet zodanig zijn ingericht dat alle voor behandelaren relevante somatisch/psychiatrische informatie tijdig beschikbaar en toegankelijk is.
- Monitor in-, door- en uitstroom van PPC-patiënten en stem capaciteit en behandel aanbod hierop af. Maak ten minste één keer per jaar een analyse van de ontwikkeling.
- Stimuleer én faciliteer de systematische meting van behandelresultaten. Doe dat aan de hand van *Routine Outcome Measurement*.
- Zorg dat het PPC een heldere positie inneemt binnen de gehele justitiële zorgketen. Het uitgangspunt 'GGZ, tenzij' moet hierbij uitdrukkelijk worden meegenomen.
- Indicatiestellingsprocedures moeten in 2011/2012 zodanig worden uitgewerkt én ingevoerd dat gedetineerden met psychiatrische problemen getraceerd en geïndiceerd worden voor psychiatrische hulpverlening. Het indicatiebesluit moet in elk geval bij plaatsing, maar liefst voorafgaand aan plaatsing, in het PPC aanwezig zijn.

### 3.3 Aanbevelingen voor Directie Gevangeniswezen (ministerie van Veiligheid en Justitie) en Directies Penitentiair Psychiatrisch Centrum

- Het opleidings- en scholingsaanbod voor (nieuwe) medewerkers moet in de komende jaren worden doorontwikkeld en periodiek worden herhaald. Het scholingsprogramma moet aantoonbaar afgestemd zijn op het behandel- en begeleidingsaanbod (en bijbehorend farmaceutisch beleid) van de binnen het PPC verblijvende patiënten. Specifieke aandacht moet worden besteed aan preventie en kwaliteit van dwang- en drangtoepassingen.
- Het kwaliteitsplatform waaraan de directeurs zorg en behandeling moeten deelnemen, als vliegwiel voor verbetering van kwaliteit, worden gecontinueerd.
- Bewerkstellig inhoudelijke verdieping en professionalisering van het behandelings- en begeleidingsaanbod en ontwikkel zorgprogramma's die zijn toegesneden op het PPC.
- Sluit met de PPC's aan bij de landelijke ontwikkelingen op het gebied van dwang en drang van GGZ Nederland. Zorg voor een landelijke registratiesystematiek voor dwang- en drangtoepassingen.
- Sluit met de PPC's aan bij het landelijk Forensich Netwerk.

### 3.4 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal - in afstemming met de Inspectie voor de Sanctietoepassing - de ontwikkeling van de PPC's en de realisatie van bovenvermelde aanbevelingen middels een landelijke bezoekenrondes volgen.

Bij de eerstvolgende bezoekronde gaat de inspectie concreet na wat er van bovenstaande aanbevelingen terecht is gekomen en besteedt zij in het bijzonder aandacht aan de ketenaspecten die te maken hebben met de binnen het PPC verblijvende doelgroep. Dit voornemen past de inspectie in in het meerjarenbeleidsplan (2012–2015) van de inspectie voor de GGZ ('Sterker van Geest').

## 4 Resultaten

### 4.1 Resultaat eerste bezoekronde

In deze paragraaf staan de resultaten beschreven van het eerste inspectiebezoek aan de vijf PPC's. De resultaten (zie bijlage voor gehanteerde normen) worden weergegeven aan de hand van de drie onderzoeksthema's:

- Kwaliteitsbeleid (met 7 toezichtitems).
- Psychiatrische en psychosociale behandeling en bejegening (met 8 toezicht-items).
- Farmaceutisch proces (met 3 toezichtitems).

#### 4.1.1 Kwaliteitsbeleid

Tabel 1  
Resultaat eerste bezoekronde kwaliteitsbeleid (n=5)

	Operationeel	Niet operationeel
Professioneel statuut	0	5
Vakgroep/stafoverleg	2	3
Deskundigheidsbeleid algemeen	5	0
Deskundigheidsbeleid dwang	0	5
Kwaliteitscommissies	2	3
Kwaliteit personeel	3	2
Registratie geneeskundige handeling onder dwang	0	5

- Het professioneel statuut dat van belang is om de verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen management en professionals, en tussen professionals onderling (inclusief zorg- en behandelingswerkers (ZBIW-ers)) te definiëren, ontbrak bij de eerste bezoekronde.
- Het deskundigheidsbeleid was, inclusief algemene scholing op het gebied van psychiatrische zorg, bij de eerste ronde al goed voor elkaar.
- De aandacht voor scholing op het terrein van een specifiek thema als dwang en drang (en de reductie ervan) moest bij alle PPC's nog worden ontwikkeld.
- De opleidings- en werkervaringsachtergrond van ZBIW-ers bleek zeer divers. Een groot deel was voor de komst van het PPC werkzaam als penitentiair inrichtingswerker (PIW-er) op een reguliere detentieafdeling. Bij de overstap naar het PPC volgden alle ZBIW-ers een standaard scholingsprogramma dat was toegespitst op basale elementen van psychiatrische en milieutherapeutische behandeling en begeleiding. De mogelijkheden voor werving en selectie van personeel bleken bij een aantal PPC's behoorlijk ingeperkt vanwege het feit dat er een herplaatsingsverplichting gold voor boventallig personeel van reguliere gevangenisafdelingen die werden gesloten. Veelal waren het PIW-ers die binnen het PPC als ZBIW-er te werk werden gesteld. Omscholings- en bijscholings-trajecten zijn ingezet om zo snel als mogelijk te kunnen beschikken over voldoende ZBIW-ers met een verpleegkundige achtergrond.

- Het ontbrak bij alle PPC's aan een eenduidige vorm van registraties van geneeskundige handelingen onder dwang die voor analyse en (terugdring-) beleid te gebruiken waren.

#### 4.1.2 *Psychiatrische en psychosociale behandeling en begeleiding*

Tabel 2

Resultaat eerste bezoekerpsychiatrische en psychosociale behandeling en begeleiding (n=5)

	<b>Operationeel</b>	<b>Niet operationeel</b>
Visie op behandeling en begeleiding	3	2
Gebruik richtlijnen	1	4
Beleid indicatiestelling	5	0
Indicatiestelling	1	4
Intra- en multidisciplinaire samenwerking	4	1
Anamnese	2	3
Behandel- en zorgplan	3	2
Somatische screening	3	2

In tegenstelling tot het centraal vastgelegde beleid rond indicatiestelling voor de plaatsing van patiënten naar een PPC, waar alle PPC's van blijken gaven deze te kennen en te hanteren, was in de uitvoering hiervan in de dossiers in eerste instantie onvoldoende terug te vinden en voldeed slechts één van de vijf PPC's aan de door ons gestelde norm. Ook het gebruik van richtlijnen was bij bijna alle PPC's nog onvoldoende geëxpliciteerd. De informatie die de inspectie in de onderzochte dossiers verwachtte aan te treffen over indicatiestelling, intra- en multidisciplinaire samenwerking, anamnese, behandel- en zorgplan en somatische screening bleek moeilijk of niet te vinden. Daardoor scoorden een aantal normen *niet operationeel*.

#### 4.1.3 *Farmaceutisch proces*

Tabel 3

Resultaat eerste bezoekerfarmaceutisch proces (n=5)

	<b>Operationeel</b>	<b>Niet operationeel</b>
Farmaceutisch overleg/formularium geneesmiddelencommissie	5	0
Voorschrijfbeleid geneesmiddelen	3	2
Geneesmiddelen distributie	2	3

Alle vijf PPC's hadden de beschikking over een farmaceutisch overleg en een contract met de apotheker. Ook beschikte elk PPC over een geneesmiddelen- en/of formulariumoverleg. Bij de andere twee normen hingen de grote verschillen tussen de verschillende PPC's in sterke mate samen met gebrekkige dossiervoering en daardoor niet te vinden of gebrekkige informatie.

## 4.2 Resultaat tweede bezoekronde

In deze paragraaf staan de eindresultaten na de tweede bezoekronde van dit thematoezicht weergegeven. De resultaten (zie bijlage 2 voor gehanteerde normen) worden weergegeven aan de hand van de drie onderzoeksthema's:

- Kwaliteitsbeleid (met 7 toezichtitems).
- Psychiatrische en psychosociale behandeling en bejegening (met 8 toezicht-items).
- Farmaceutisch proces (met 3 toezichtitems).

De vijf PPC's werden binnen een tijdsbestek van 5 tot 6 maanden allemaal twee keer bezocht. In de tijdspanne tussen de twee inspectiebezoeken hadden de directies van de PPC's de opdracht om in elk geval bij alle handhavingsnormen tot de score 'operationeel' te komen. Bovendien werden de directies van de PPC's gestimuleerd om ook op de groeिनormen vooruitgang te boeken. De normen die bij de eerste bezoekronde al 'operationeel' scoorden, werden bij de tweede bezoekronde niet opnieuw beoordeeld. Daardoor heeft de inspectie niet getoetst of er een verdiepingsslag heeft plaatsgevonden. De inspectie is er vanuit gegaan dat er in elk geval geen achteruitgang bij die normen heeft plaatsgevonden.

Binnen alle PPC's werd ten opzichte van de eerste bezoekronde een aanmerkelijke vooruitgang geboekt. De PPC's die bij de eerste bezoekronde een ontwikkel-achterstand hadden omdat zij pas kort tevoren waren geopend, hebben een grote inhaalslag gemaakt. PPC's die qua ontwikkeling voorop liepen, leverden producten en expertise uit aan 'achterblijvers'.

Om een beeld te geven van de positieve ontwikkeling, zijn de resultaten van de eerste en de tweede bezoekronde weergegeven. Waar nodig wordt een toelichting gegeven.

### 4.2.1 *Kwaliteitsbeleid blijkt goed op streek bij tweede bezoekronde*

Tabel 4  
Vergelijking resultaten eerste en tweede bezoekronde kwaliteitsbeleid (N=5)

	<b>Operationeel eerste bezoekronde</b>	<b>Operationeel tweede bezoekronde</b>	<b>Niet operationeel tweede bezoekronde</b>
Professioneel statuut	0	5	0
Vakgroep/stafoverleg	2	4	1
Deskundigheidsbeleid algemeen	5	5	0
Deskundigheidsbeleid dwang	0	5	0
Kwaliteitscommissies	2	5	0
Kwaliteit personeel	3	4	1
Registratie geneeskundige handeling onder dwang	0	5	0

Na de tweede bezoeker bleken alle PPC's de beschikking te hebben over een vastgesteld professioneel statuut, elk met zijn eigen lokale verbijzonderingen. Dit professioneel statuut was een van de producten van het kwaliteitsplatform waaraan de directeuren zorg & behandeling van de PPC's gezamenlijk deelnamen. Het vakgroep/stafoverleg dat bij één van de PPC's nog niet aan de groeinorm voldeed zou op korte termijn na het tweede bezoek wel operationeel zijn.

Eén van de vijf PPC's had bij de tweede bezoeker nog niet de beschikking over voldoende verpleegkundig-ZBIW-ers en voldeed daarom niet aan deze handhavingnorm. De directie van het betreffende PPC werd niet gevraagd een plan van aanpak op stellen omdat de inspectie tijdens het bezoek kon vaststellen dat binnen afzienbare tijd een aantal verpleegkundigen zouden worden aangesteld en opgeleid.

Alle vijf de PPC's hadden bij de tweede bezoeker de beschikking over een kwaliteitscommissie, die de directie gevraagd en ongevraagd advies geeft naar aanleiding van signalen/meldingen uit de organisatie.

Bij alle vijf de PPC's was een start gemaakt met het registreren van dwang- en drangtoepassingen. Hier en daar gaf de verzamelde informatie al een indicatie voor aard en omvang van dwangtoepassingen. Gezien de fase van ontwikkeling was er echter nog geen sprake van een volragen management informatiesysteem.

#### 4.2.2 *Psychiatrische en psychosociale behandeling en bejegening*

Tabel 5

Vergelijking resultaten eerste en tweede bezoeker psychiatrische en psychosociale behandeling en bejegening (n=5)

	<b>Operationeel eerste bezoeker</b>	<b>Operationeel tweede bezoeker</b>	<b>Niet operationeel tweede bezoeker</b>
Visie op behandeling en bejegening	3	5	0
Gebruik richtlijnen	1	4	1
Beleid indicatiestelling	5	5	0
Indicatiestelling	1	5	0
Intra- en multidisciplinaire samenwerking	4	5	0
Anamnese	2	5	0
Behandel- en zorgplan	3	5	0
Somatische screening	3	5	0

Op het thema psychiatrische en psychosociale behandeling en bejegening voldoen alle PPC's bij de tweede bezoeker aan alle getoetste handhavingnormen. Eén groeinorm, namelijk 'gebruik van richtlijnen', werd nog niet operationeel gescoord omdat de beleidsnotitie waarin de werkwijze werd omschrijven nog niet was vastgesteld. Het geactualiseerde Formularium NIFP/PPC, versie 2010, is *evidence-* en *consensusbased* en sluit waar mogelijk aan bij richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Naar aanleiding van het eerste bezoek werd binnen alle vijf PPC's een papieren dossier samengesteld. In dit dossier werd alle relevante behandel- en begeleidingsinformatie uit de verschillende dossiersystemen samengevoegd. Mede dankzij deze noodgreep voldeden alle vijf PPC's aan de getoetste normen van de onderwerpen indicatiestelling, intra- en multidisciplinaire samenwerking, anamnese, behandel- en zorgplan en somatische screening.

4.2.3 *Farmaceutisch proces*

Tabel 6  
Vergelijking resultaten eerste en tweede bezoekronde farmaceutisch proces (N=5)

	<b>Operationeel eerste bezoekronde</b>	<b>Operationeel tweede bezoekronde</b>	<b>Niet operationeel tweede bezoekronde</b>
Farmaceutisch overleg/-formularium geneesmiddelencommissie	5	5	0
Voorschrijfbeleid geneesmiddelen	3	5	0
Geneesmiddelendistributie	2	5	0

Voorafgaand aan de tweede bezoekronde ontving de inspectie een geactualiseerde versie van het Formularium NIFP/PPC (versie 2010).





## 5 Beschouwing

De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelde zich ten doel om zich middels een eerste inventariserende bezoekronde aan de vijf PPC's een beeld te vormen van de mate waarin de PPC's voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. De bezoekronde moest, gezien de prille fase van ontwikkeling, een sterk stimulerend karakter hebben.

Deze bezoekronde heeft duidelijk gemaakt dat de PPC's op basis van een aantal aannames over onder andere capaciteit en doelgroepen onder moeilijke omstandigheden tot stand zijn gekomen. In sommige PPC's was geen sprake van vrije werving van personeel omdat eerst boventallig personeel herplaatst moest worden. Daarnaast bleek bij een aantal PPC's dat het gebouw niet voldeed aan de vereiste bouwqualiteiten, en waren ingrijpende verbouwingen noodzakelijk terwijl het PPC de 'deuren al had geopend'.

Deze complexe organisatorische en bouwkundige omstandigheden hadden vanzelfsprekend een vertragende werking op de ontwikkeling van het behandel- en begeleidingsbeleid.

In tegenstelling tot de GGZ-instellingen hebben de PPC's niet de beschikking over een integraal elektronisch patiëntendossier. Bij de eerste bezoekronde bleek dat relevante behandelinhoudelijke informatie gefragmenteerd was weergegeven in de verschillende dossiersystemen en daardoor onvoldoende toegankelijk voor leden van het multidisciplinair team.

De inspectie heeft na twee bezoekrondes een positief beeld gekregen van de bereikte resultaten. PPC-directies en hun medewerkers hebben laten zien dat zij onder moeilijke omstandigheden met de grootst mogelijke betrokkenheid goede progressie wisten te realiseren, met als uitkomst dat alle PPC's na de tweede bezoekronde zowel de handhavings- als groeinormen in voldoende mate op orde hadden.

De inspectie sprak tijdens de bezoekronde met een vijftiental patiënten. Zonder te kunnen stellen dat hun mening representatief was voor de gehele patiëntenpopulatie spraken zij zich zonder uitzondering bijzonder positief uit over de individuele en persoonsgerichte aandacht die zij binnen het PPC kregen en het feit dat zij zich binnen het PPC kwetsbaar konden opstellen en ruimte was om hun psychiatrische kwetsbaarheid te bespreken.

Ondanks het feit dat het behandel- en begeleidingsmilieu zich nog verder moet ontwikkelen is de inspectie van mening dat de PPC's voorzien in een behoefte.

Vanwege het feit dat in deze fase van organisatieontwikkeling de aandacht van de staven vooral is gegaan naar interne bedrijfsprocessen en kwaliteit, was er om die reden nog te weinig ruimte om aandacht te besteden aan partners binnen de keten. Met deze constatering stelt de inspectie vast dat het thema 'ketengerichtheid' in de komende planperiode een onderwerp moet zijn dat bij beleidsdirecties van DJI en zorgaanbieders op de agenda staat. De inspectie heeft begrip voor het feit dat PPC-directies te weinig tijd hadden om ook nog aandacht te besteden aan inhoudelijke verdieping van indicatiestellingsprocedures die gelden tussen de verschillende partners in de keten.



## 6 Summary

Since 2009, the Netherlands has had five 'Penitentiary Psychiatric Centres' (PPCs) which are in effect second-line mental health care institutions within the penal system. A PPC offers psychiatric care to those detainees who require it, and where it is not possible or appropriate (e.g. for reasons of security) to refer these patients to the regular public mental health services. The total planned capacity of the five PPCs is just under seven hundred places (as of March 2011).

The Health Care Inspectorate decided to monitor the creation of this separate health care setting, conducting a number of visits to each PPC in 2010 and 2011. The main objective was to ascertain precisely how psychiatric care would be provided to the specific patient group. In addition, the Inspectorate's involvement would encourage due diligence in the planning and development of the care services.

Parallel to the various inspection visits, the Inspectorate organized three expert meetings for the relevant Care Managers, alongside representatives of the Prisons Department of the Ministry of Security and Justice, to discuss the set-up and aims of the project. These meetings gave the Inspectorate a good understanding of the regulatory aspects which were relevant at this phase of development.

The Inspectorate then classified the assessment norms into two categories according to urgency. The first category included those norms which could demand the implementation of remedial or coercive measures due to direct (potential) risks to patient safety ('compliance norms'), while the second category included those which were less likely to give rise to a direct risk, e.g. the availability of a professional statute or a complete and functional quality management system ('growth norms'). Following an initial inventory, the Inspectorate's findings with regard to both categories were reported individually to each PPC, whereupon the centres were given six months in which to ensure that all compliance norms were met in full.

Each PPC was visited twice within a six-month period. During the second inspection round, the Inspectorate noted that all PPCs had achieved at least the minimum requirements for responsible care. The scores achieved during the first inspection round were as expected: by no means all norms in either category had yet been met, but those PPCs which had been open longest achieved better scores than the more recent additions, indicating ongoing progress.

Despite the difficult organizational circumstances, the scores achieved during the second inspection round exceeded expectations: all PPCs had achieved significant progress in implementing both the growth norms and the compliance norms. Accordingly, it was considered unnecessary to require any PPC director to submit a formal action plan.

The rapid and satisfactory development of the PPCs can be attributed to a number of success factors, including the frequent meetings of the various management teams, which provided ample opportunity to discuss policy and policy development, and to share experience and expertise. However, one factor which has impeded progress has been the lack of fully integrated patient records which are available throughout the care chain. This is seen as one of the most significant risks to effective diagnosis and treatment.

In the years ahead, the Inspectorate will continue to monitor the PPCs to ensure that the positive developments are maintained and strengthened, and that further depth is introduced to the specific medical-psychiatric treatment programme for detainees with a psychiatric disorder.

## Literatuurlijst

- Bulten E, Nijman H. Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. Nederlands Tijdschrift voor de geneeskunde. 2009; 153: A634.
- Daniëls D. Equivalentie, tussen werkelijkheid en utopie. Sancties. 2009; aflevering 2.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. De Toekomst is nooit af: de Evolutie van een PPC. Sector gevangeniswezen. Den Haag, januari 2010.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Uitgangspunten zorginkoop. Den Haag: DJI; 2010.
- Groen H, Drost M, Nijman H. Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg, 2<sup>e</sup> druk. Utrecht: de Tijdstroom; 2010.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Follow- up onderzoek TBS- klinieken, van veilig bewaken naar veilig behandelen. Den Haag: IGZ; 2008.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Follow-up onderzoek TBS-klinieken, van veilig bewaken naar veilig behandelen. Den Haag: IGZ; 2008.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Medische diensten in penitentiaire inrichtingen, achter tralies nu nog veiliger zorg, maar verbeteringen nog nodig. Den Haag: IGZ; 2009.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sterk van Geest, naar herstel van regie. Effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2011. Den Haag, maart 2008.
- Ministerie van Justitie. Kaderdocument Forensische Zorg aan Gedetineerden. Opdracht aan de PPC's is het bieden van verantwoorde zorg binnen detentie. Den Haag: DJI; januari 2010.
- Ministerie van Justitie. Projectgroep ISS, Concept Projectbeschrijving ISS, Inkomsten, Screening en Selectie binnen het programma Modernisering Gevangeniswezen. Den Haag, november 2009.
- Ministerie van Justitie. Programmaplan 2009 Vernieuwing Forensische Zorg. Den Haag, 2009.
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. Formularium NIFP en PPC, versie 2010.
- Parlementair onderzoek TBS. TBS, vandaag over gisteren en morgen, van de parlementaire commissie-Visser. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 250, nrs. 4–5. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2006.
- Procedure 3 Medicatie en Farmaceutische zorg, afdeling Gezondheidszorg Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. De zorg aan de gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving. Den Haag: RSJ; 2007 .
- Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. Dwangbehandeling binnen de tenuitvoerlegging van straf en maatregel. Den Haag: RSJ; 2008
- Siva N. Citaat van Bradshaw, New hope for prison health in the UK, The Lancet, vol 375, February 6, 2010.
- Siva N. New hope for prison health in the UK, World Report, The Lancet, vol 375, February 6, 2010; p. 447-448.
- Zwemstra JC. Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie. Proefschrift, 2009.

## Bijlage 1      Lijst van afkortingen

IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ZBIW	Zorg- en behandelinrichtingswerker
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
VFZ	Vernieuwing Forensische Zorg
MGW	Modernisering Gevangenis Wezen
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
PI	Penitentiaire inrichting
NIFP	Nederlands Instituut Forensische Psychiatrie
TBS	Terbeschikkingstelling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum (voorheen TBS-kliniek)
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming

## Bijlage 2 Toezichtnormen

### Toeziichtthema: Kwaliteitsbeleid

#### Groeinormen

Toeziichtaspect	Norm/operationeel	Geraadpleegde bronnen
Professioneel statuut	De kliniek heeft een schriftelijk, door de Raad van Bestuur vastgesteld, professioneel statuut.	Documenten, directie en behandelteam
Vakgroepen/stafoverleg	Er is vakgroepoverleg of stafoverleg georganiseerd en dit vindt ook plaats.	Documenten, directie/GD en behandelteam

#### Handhavingsnormen

Toeziichtaspect	Norm/operationeel	Geraadpleegde bronnen
Deskundigheidsbeleid algemeen	De kliniek beschikt over een algemeen scholings- en deskundigheidsbeleid.	Documenten, directie en behandelteam
Deskundigheidsbeleid dwang	De kliniek beschikt over een scholings- en deskundigheidsbeleid voor het toepassen van dwang.	Documenten, directie/GD En behandelteam
Kwaliteitscommissies	In de kliniek is een MIP-commissie werkzaam die door middel van sturing bijdraagt aan de veiligheid en kwaliteit van zorg.	Documenten, directie en behandelteam
Kwaliteit personeel	De kliniek heeft kwalitatief voldoende bevoegd personeel, ook m.b.t. medicatievoorschriften en verstrekkingenbeleid.	Directie, behandelteam en patiënten
Registratie geneeskundige handelingen onder dwang	De kliniek beschikt over een registratiesysteem, ARGUS of een vergelijkbaar systeem voor gebruik bij toepassingen geneeskundige handelingen onder dwang, t.b.v. VMS.	Directie, behandelteam en dossiers

### Toeziichtthema: psychiatrische psychosociale behandeling/bejegening

#### Groeinormen

Toeziichtaspect	Norm/operationeel	Geraadpleegde bronnen
Visie op bejegening en behandeling	De kliniek beschikt over een beschreven visie op bejegening en behandeling en men werkt hier mee.	Directie, behandelteam en patiënten
Gebruik richtlijnen	De kliniek beschikt over schriftelijk uitgewerkte multidisciplinaire richtlijnen en de medewerkers zijn bekend met en werken conform de uitwerking van de multidisciplinaire richtlijnen, die bedoeld zijn voor de respectievelijke doelgroepen.	Documenten, directie en behandelteam
Beleid indicatiestelling	In dossier is indicatiestelling voor plaatsing terug te vinden.	Directie, behandelteam en dossiers

<b>Toezichtaspect</b>	<b>Norm/operationeel</b>	<b>Geraadpleegde bronnen</b>
Indicatiestelling	Er vindt plaatsing plaats na oordeel psychiater of NIFP en dit oordeel is terug te vinden in dossier.	Directie, behandelteam en patiënten
Intra- en multidisciplinaire samenwerking	Er is structureel intra- of multidisciplinair behandeloverleg.	Documenten, directie en behandelteam

### Handhavingsnormen

<b>Toezichtaspect</b>	<b>Norm/operationeel</b>	<b>Geraadpleegde bronnen</b>
Anamnese	Somatische en psychiatrische anamnese en onderzoek met aandacht voor comorbiditeit hebben plaatsgevonden en zijn aangetekend in dossier.	Behandelteam, dossiers en patiënten
Behandel-/zorgplan	Het behandelplan is gebaseerd op diagnostiek en indicatiestelling en in de gecontroleerde dossiers zijn behandelplannen, gebaseerd op diagnostiek, indicatiestelling aanwezig.	Behandelteam, dossiers en patiënten
Somatische screening	Somatische screening (glucose, stofwisseling, EPS) heeft plaats gevonden bij voorschrijven medicatie en is terug te vinden in dossier. In de dossiers is vastgelegd hoe en wanneer somatische screening of controle bij psychofarmaca gebruik plaats had.	Behandelteam, dossiers en patiënten

### Toezichtthema: farmaceutisch proces

#### Groeinormen

<b>Toezichtaspect</b>	<b>Norm/operationeel</b>	<b>Geraadpleegde bronnen</b>
Farmacotherapeutisch overleg/formularium/geneesmiddelencommissie	De kliniek heeft een farmacotherapeutisch overleg of formularium/ geneesmiddelencommissie.	Documenten, directie en behandelteam
Voorschrijfbeleid geneesmiddelen	Er wordt gewerkt conform het formularium forensische zorg 2009 en/of er zijn beleid en procedures uitgewerkt voor het voorschrijven van geneesmiddelen m.b.t. de soort medicatie, bijwerkingen, alsmede hoe vaak, hoe lang, hoeveel en door wie deze wordt voorgeschreven.	Documenten, behandelteam en patiënten

#### Handhavingsnormen

<b>Toezichtaspect</b>	<b>Norm/operationeel</b>	<b>Geraadpleegde bronnen</b>
Geneesmiddelendistributie	Er is een distributieprotocol aanwezig en dit is tijdens het bezoek en in de dossiers vast te stellen (medicatieveiligheid is op deze punten geborgd; er is een protocol en er wordt naar gehandeld).	Documenten, behandelteam en dossiers