

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)



## **Follow-up onderzoek TBS-klinieken**

### **Van veilig bewaken naar veilig behandelen**

**Geaggregeerde rapportage van het follow-up toezicht 2008 naar de kwaliteit van de psychiatrische, psychosociale en medische zorg in de negen Tbs-klinieken**

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

De effectiviteit van de behandeling in de Tbs-klinieken wordt bepaald door een goede balans tussen beveiliging en behandeling. De inspectiebezoeken die de afgelopen acht jaar hebben plaatsgevonden laten zien dat zich een geleidelijke maar duidelijke transformatie aftekent in de identiteit van de klinieken.

Veiligheid werd lange tijd hoofdzakelijk bereikt door beheers- en beveiligingsmaatregelen en behandeling was daaraan min of meer ondergeschikt. Deze beheersstrategie maakt steeds meer plaats voor een benadering waarin professioneel uitgevoerde behandelingen de route vormen om veiligheid bij de patiënt en in de samenleving tot stand te brengen. Behandeling is een kwestie van veiligheid geworden en dit tekent zich ook af in een veranderende naamgeving: Tbs-klinieken profileren zich als Forensisch Psychiatrische Centra en zoeken steeds meer de samenwerking op met de reguliere geestelijke gezondheidszorg en gemeenten om de continuïteit en effectiviteit van behandeling, begeleiding en rehabilitatie te versterken.

Met de bewindslieden van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is afgesproken dat de IGZ de ontwikkelingen binnen de TBS sector, voor zover het de gezondheidsaspecten betreft, volgt door in 2007/2008 opnieuw toezichtbezoeken aan de klinieken te brengen. In deze rapportage wordt in het bijzonder ingegaan op de ontwikkelingen die in deze sector sinds 2005 hebben plaatsgevonden.

Ons follow-up onderzoek heeft zich gericht op de volgende drie vragen:

1. In hoeverre is de geboden zorg in Tbs-klinieken daadwerkelijk ingebed in een effectief en op de uitvoering van zorg gericht kwaliteitsbeleid?
2. In hoeverre is er sprake van een effectieve psychiatrische en psychosociale behandeling, begeleiding en rehabilitatie van de patiënten die in deze klinieken zijn opgenomen?
3. In hoeverre maakt de veelheid aan vaak complexe medische taken, variërend van preventie tot genezing of stabilisatie van lichamelijke klachten systematisch deel uit van een op effectiviteit en veiligheid gerichte medische zorg?

De resultaten van deze follow-up laten zien dat de klinieken toenemend en met succes nadruk leggen op de behandeling van de delict - stoornis combinatie. Ook in de medisch lichamelijke zorg tekenen zich verbeteringen af waarin men naast het bieden van basis medische zorg steeds meer aandacht aan preventie van co-morbiditeit schenkt. Ook een effectievere borging van het proces van de medicatiedistributie krijgt steeds meer aandacht. Daarnaast is in alle klinieken het kwaliteitsbeleid in een stroomversnelling gekomen. Een uitwerking die direct van invloed is op de monitoring en verbetering van zorg moet nog wel grotendeels in praktijk worden gebracht.

De inspectie heeft ook een aantal belangrijke verbeterpunten aangetroffen, die succesvol kunnen worden ingevoerd als niet alleen de betrokken klinieken, maar ook de rijksoverheid, de cliënt- en familieorganisaties en de beroepsverenigingen hierin actief betrokken zijn.

Een van de in veel Tbs-klinieken aanwezige knelpunten betreft de systematische uitvoering van de zorgprogramma's die inmiddels voor verschillende groepen patiënten zijn ontwikkeld.

De uitvoering van deze programma's kan vrij gemakkelijk stagneren ten gevolge van een samenspel van meerdere factoren waaronder een gebrekkige personele beschikbaarheid evenals de discrepantie tussen de meest wenselijke behandelduur versus de feitelijke verblijfsduur van de patiënten: de verblijfsduur in een Tbs-kliniek blijkt in de loop der jaren gestadig toe te nemen, terwijl de optimale, dat wil zeggen meest effectieve behandelingsduur veelal korter is. Deze discrepantie vergroot het risico dat de op zich gunstige effecten van de intramurale en transmurale behandeling hetzij onvoldoende beklijven, hetzij uitdoven of teniet worden gedaan ten gevolge van een langdurig intramuraal verblijf. Dit hangt samen met een gebrekkige doorstroom en uitstroom van de patiënten. Oorzaak hiervan is enerzijds de afwezigheid van een voldoende gedifferentieerd aanbod aan longstayvoorzieningen voor patiënten die zich niet zelfstandig op een veilige manier in de samenleving kunnen handhaven; anderzijds ontstaat een gebrekkige uitstroom door soms onvoldoende concreet uitgewerkte resocialisatietrajecten. Dit laatste is des te opvallender daar procedures en methoden van risicotaxatie bij verloop sterk zijn verbeterd.

De inspectie geeft een aantal aanbevelingen aan alle betrokken partijen om te bereiken dat de verworvenheden van de Tbs-klinieken zo goed mogelijk ten dienste van de samenleving en van de patiënten ingezet kunnen worden. Personele versterking, bundeling van wetenschappelijk onderzoek, bevordering van doorstroming van patiënten naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg zijn hiervan belangrijke onderdelen.

Hoogachtend,

## Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft van eind 2007 tot zomer 2008 onder de acht Tbs-klinieken en in Trajectum Hoeve Boschoord een follow-up toezichtonderzoek uitgevoerd naar het kwaliteitsbeleid, de kwaliteit van de psychiatrische en psychosociale behandeling en begeleiding en die van de medische en farmacotherapeutische zorg. In 2008 ontvingen alle klinieken een instellingsrapportage. In deze geaggregeerde rapportage wordt ingegaan op de ontwikkelingen die sectorbreed sinds 2005 hebben plaatsgevonden.

De inspectie houdt toezicht op de kwaliteit van de (organisatie van) de zorg en van de toepassing van de geneeskundige handelingen onder dwang. Met de bewindslieden van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is afgesproken dat de IGZ de ontwikkelingen binnen de TBS sector nauwgezet volgt, door in 2007/2008 opnieuw toezichtbezoeken aan de klinieken te brengen. In deze rapportage wordt in het bijzonder ingegaan op de ontwikkelingen die in deze sector sinds 2005 hebben plaatsgevonden.

Op basis van de bevindingen van eerder uitgevoerde toezichtonderzoeken in TBS-instellingen in 2000, 2003 en 2005 kan geconstateerd worden dat in algemene zin zich een geleidelijke verbetering aftekent in de organisatie en kwaliteit van de zorg die deze inrichtingen aan TBS-gestelden bieden. De verbeteringen zijn echter niet over de hele linie zichtbaar en bevatten bovendien diverse kwetsbare elementen. Dit follow-up onderzoek richt zich daarom vooral op deze zwakkere plekken met de bedoeling om de verdere verbetering van de kwaliteit van zorg ten dienste te staan.

De volgende drie vragen hebben in het onderzoek centraal gestaan:

1. In hoeverre is de geboden zorg in Tbs-klinieken daadwerkelijk ingebed in een effectief en op de uitvoering van zorg gericht kwaliteitsbeleid?
2. In hoeverre is er sprake van een effectieve psychiatrische en psychosociale behandeling, begeleiding en rehabilitatie van de patiënten die in deze klinieken zijn opgenomen?
3. In hoeverre maakt de veelheid aan vaak complexe medische taken, variërend van preventie tot genezing of stabilisatie van lichamelijke klachten systematisch deel uit van een op effectiviteit en veiligheid gerichte medische zorg?

De bezoeken werden op gelijke wijze opgebouwd als in voorgaande bezoekenrondes. Hierdoor werd de vergelijkbaarheid van de resultaten vergroot. De bezoeken hebben bestaan uit gesprekken met de directie, de multidisciplinaire behandelstaf, waaronder groepsleiding, de medische dienst en de patiëntenraad. Tevens is de dossiervoering onderzocht op systematiek, toegankelijkheid en is een bezoek gebracht aan de opslagplaatsen voor geneesmiddelen.

De resultaten van deze follow-up laten zien dat zich in de Tbs-klinieken een belangrijke ontwikkeling heeft voorgedaan: de klinieken zijn van instituten met een accent op beheersing en controle getransformeerd in behandelinstituten waar veiligheid (mede) de uitkomst is van behandeling en begeleiding van de patiënten. Hierbij ligt de nadruk toenemend op de behandeling van de delict - stoornis combinatie.

Ook in de medisch-lichamelijke zorg tekenen zich verbeteringen af waarin men steeds meer aandacht aan preventie van co-morbiditeit schenkt, maar ook aan een effectievere borging van het proces van de medicatiedistributie. Daarnaast is in alle klinieken het kwaliteitsbeleid

in een stroomversnelling gekomen. Een uitwerking die direct van invloed is op de monitoring en verbetering van zorg moet nog wel grotendeels in praktijk worden gebracht.

De inspectie heeft ook een aantal belangrijke verbeterpunten aangetroffen.

Een van de in veel Tbs-klinieken aanwezige knelpunten betreft de systematische uitvoering van de zorgprogramma's die voor verschillende groepen patiënten zijn ontwikkeld. De uitvoering van deze programma's kan vrij gemakkelijk stagneren ten gevolge van een samenspel van meerdere factoren waaronder een gebrekkige personele beschikbaarheid en de discrepantie tussen de meest wenselijke behandelduur versus de feitelijke verblijfsduur van de patiënten: de verblijfsduur in een Tbs-kliniek neemt in de loop der jaren gestadig toe, terwijl de meest wenselijke behandelduur daarmee contrasteert. Deze discrepantie vergroot het risico dat de op zich gunstige effecten van de intramurale en transmurale behandeling hetzij onvoldoende beklijven, hetzij uitdoven of teniet worden gedaan ten gevolge van een langdurig intramuraal verblijf. Dit hangt samen met een gebrekkige doorstroom en uitstroom van de patiënten. Oorzaak hiervan is enerzijds de afwezigheid van een voldoende gedifferentieerd aanbod aan longstayvoorzieningen voor patiënten die zich niet zelfstandig op een veilige manier in de samenleving kunnen handhaven; anderzijds ontstaat een gebrekkige uitstroom door soms onvoldoende concreet uitgewerkte resocialisatietrajecten. Dit laatste is des te opvallender daar procedures en methoden van risicotaxatie bij verlof sterk zijn verbeterd.

De aanbevelingen aan het ministerie en de betrokken beroepsgroepen en de maatregelen voor de Tbs-klinieken zijn te vinden in paragraaf 2.4.

Naast versterking van de behandel functie van de Tbs-klinieken, zowel in personele omvang en personele verscheidenheid als in verdere profilering van de zorgprogramma's en, daarmee samenhangend, multicenter wetenschappelijk onderzoek naar de adaptaties en effectiviteit van behandelingsmethoden en benaderingen in de forensische setting is verbetering nodig van de uitstroomtrajecten en longstay voorzieningen. Hiertoe moet de samenwerking met de reguliere geestelijke gezondheidszorg verdere gestalte krijgen.

## Inhoudsopgave

### Samenvatting

#### **1 Inleiding**

- 1.1 Achtergrond
- 1.2 Belang
- 1.3 Doelstellingen
- 1.4 Vraagstellingen
- 1.5 Methode van toezicht en werkwijze
- 1.6 Het toetsingskader
- 1.7 Geaggregeerde rapportage

#### **2 Conclusies en beoogd vervolgbeleid**

##### **2.1 Conclusies over missie en kwaliteitsbeleid**

- 2.1.1 Tbs-klinieken transformeren steeds duidelijker in Forensisch Psychiatrische Centra waarin behandeling de gevolgde route naar veiligheid is
- 2.1.2 Kwaliteitsdenken steeds meer vast attribuut van de professionals
- 2.1.3 Het kwaliteitsbeleid geeft nog onvoldoende richting aan monitoring en sturing van behandelprocessen
- 2.1.4 Bevindingen van kwaliteitscommissies worden nog niet systematisch naar medewerkers of behandelteams teruggekoppeld

##### **2.2 Conclusies over de psychiatrische en psychosociale zorg**

- 2.2.1 Kennisuitwisseling tussen de Tbs-klinieken en het delen van wetenschappelijk onderzoek is nog steeds voor verbetering vatbaar
- 2.2.2 Alle Tbs-klinieken hebben delictgestuurde zorgprogramma's ontwikkeld en beschreven maar de uitvoering ervan ondervindt structureel problemen
- 2.2.3 Beleid over de vermindering van toepassing van gedwongen insluiting in separeer nog geen gemeengoed
- 2.2.4 Het gevoerde integriteitsbeleid van de Tbs-klinieken is effectief

##### **2.3 Conclusies over de medische en farmacotherapeutische zorg**

- 2.3.1 Medische dienst vaak zwak toegerust om diversiteit aan taken naar behoren uit te voeren
- 2.3.2 Kwaliteitsborging van het farmacotherapeutische proces is sterk verbeterd

##### **2.4 Aanbevelingen en maatregelen**

- 2.4.1 Aanbevelingen aan het ministerie van Justitie, de beroepsverenigingen en de cliëntorganisatie Platform GGZ
- 2.4.2 Maatregelen voor de Tbs-klinieken
- 2.4.3 Handhaving door de inspectie

#### **3 Resultaten**

- 3.1 Inleiding

**3.2 De resultaten over het kwaliteitsbeleid**

- 3.2.1 Kwaliteitsbeleid gaat zich duidelijker richten op sturing van het zorgproces
- 3.2.2 Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) en visitatie nog onvoldoende ingezet als kwaliteitsinstrumenten van de medewerkers
- 3.2.3 Kennismanagement, mono- en multidisciplinair overleg komen goed van de grond
- 3.2.4 Wetenschappelijk onderzoek nog onvoldoende door gezamenlijke klinieken gedragen
- 3.2.5 Integriteitsbeleid sturend voor het professionele handelen

**3.3 De resultaten over de delictgestuurde psychiatrische en psychosociale zorg**

- 3.3.1 De zorgvisie is leidend, maar de uitvoering van zorgprogramma's verloopt moeizaam
- 3.3.2 Delictgestuurde behandeling en systematische taxatie van het delictrisico bijna overal in praktijk gebracht
- 3.3.3 Beleid gedwongen insluiting in separeerruimte kan beter
- 3.3.4 Omvang en deskundigheid van personeel laat nog te wensen over

**3.4 De resultaten over de medische en farmacotherapeutische zorg**

- 3.4.1 Omvang Medische Dienst te beperkt voor een constant hoge kwaliteit van zorg
- 3.4.2 Preventie lichamelijke co-morbiditeit kan beter
- 3.4.3 Kwaliteit medicatiedistributie sterk in de lift
- 3.4.4 Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) nog zwakke schakel in farmacotherapeutisch proces

**Bijlagen**

- 1 Algemene toelichting scorekwalificaties
- 2 Overzicht van de beoordelingen per kliniek en per toezichtonderwerp

# 1 Inleiding

## 1.1. Achtergrond

De Tbs-klinieken geven uitvoering aan de verpleging en behandeling van ter beschikking gestelden, in overeenstemming met de eisen die zijn vastgelegd in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, het Reglement verpleging ter beschikking gestelden en de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Het doel van de opname in een Tbs-kliniek is tweeledig: beveiliging van de samenleving en vermindering van het delict risico door middel van verpleging en behandeling van de patiënt. Daarmee onderscheiden deze klinieken zich in doelstelling, werkwijze en wetgevend kader van reguliere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (Ggz-instellingen). Wel leggen TBS klinieken steeds meer nadruk op het belang van afstemming en samenwerking met de reguliere ggz; ook maakt een toenemend deel van de patiëntenpopulatie met een strafrechtelijke titel gebruik van de reguliere GGZ-voorzieningen.

## 1.2 Belang

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van de (organisatie van) de zorg en van de toepassing van de geneeskundige handelingen onder dwang.

Met de bewindsliden van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is afgesproken dat de IGZ de ontwikkelingen binnen de TBS sector, voor zover het de gezondheidsaspecten betreft, volgt door in 2007/2008 opnieuw toezichtbezoeken aan de klinieken te brengen. In deze rapportage wordt in het bijzonder ingegaan op de ontwikkelingen die in deze sector sinds 2005 hebben plaatsgevonden.

## 1.3 Doelstellingen

De afzonderlijke en de geaggregeerde rapportages over dit project beogen de deels al ingezette verbeteringen in de tbs-behandeling verder te versterken, deels om daar waar het toezicht leidt tot de constatering van structurele gebreken of problemen deze te doen opheffen.

De klinieken en tbs-afdelingen in PI's krijgen concrete handvatten die moeten leiden tot (instandhouding van) verbeteringen die met de kwaliteit én veiligheid van de behandeling samenhangen.

Op basis van de bevindingen van eerder uitgevoerde toezichtonderzoeken in Tbs-klinieken in 2000, 2003 en 2005 kan geconstateerd worden dat in algemene zin zich een geleidelijke verbetering aftekent in de organisatie en kwaliteit van de zorg die deze inrichtingen aan TBS-gestelden bieden. De verbeteringen zijn echter niet over de hele linie zichtbaar en bevatten bovendien diverse kwetsbare elementen. Dit follow-up onderzoek richt zich daarom vooral op deze zwakkere plekken met de bedoeling om de verdere verbetering van de kwaliteit van zorg ten dienste te staan. Hierbij gaat het om de volgende onderwerpen:

- *Het kwaliteitsbeleid:*

De klinieken werken alle met een kwaliteitssystematiek die de aansturing van de zorg, respectievelijk managementprocessen als belangrijk aandachtspunt hebben. Een daarop aansluitende systematiek voor het meten en gebruiken van kerngegevens over de uitvoering van zorg zelf moet nog grotendeels in ontwikkeling worden gebracht. Onderdeel hiervan betreft de vorm en mate waarin de klinieken kwaliteitsinstrumenten, klachtenbehandeling, MIP-commissie en calamiteitenbehandeling gebruiken.

Een ander aspect van het kwaliteitsbeleid betreft uitwisseling van informatie en kennis. Binnen de sector bestaat weinig systematische uitwisseling van kennis en ervaring. Daardoor wordt er onvoldoende gebruik gemaakt van gezamenlijk beschikbare kennis en expertise en is in elke kliniek het behandelaanbod op een eigen leest geschoeid.

- *Zorgprogramma's:*

Het ontbreekt blijkens het uitgevoerde toezicht in de klinieken soms aan noodzakelijke randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Zo ontbreekt soms een gemeenschappelijk gedragen behandelvisie of uitwerkingen daarvan in termen van de organisatie en uitvoering van zorgprogramma's<sup>1</sup>. Het belang van operationele zorgprogramma's is gelegen in de beschrijving die zij bieden van het 'evidence based' professionele handelen van multidisciplinaire teams.

- *Delictgestuurde behandeling:*

Een belangrijk onderdeel van de zorg betreft de mate waarin behandeling en risicotaxatie effectief samengaan in de vorm van een geïntegreerd behandelings- en resocialisatieplan, inclusief de bijhorende dossiervorming. Het gaat hierbij dus om de mate waarin sprake is van het gericht behandelen van dynamische risicofactoren.

- *Kwaliteit medische zorg en farmacotherapie:*

Tot vast onderdeel van een zorgprogramma behoren ook de veiligheid en effectiviteit van de medisch somatische zorg en het farmacotherapie- en geneesmiddelenbeleid. Hierbij gaat het om de mate waarin men erin slaagt om fouten te verminderen, in hoeverre er een (risicogestuurde) systematiek in het medische beleid en het beleid over het gehele medicatiedistributieproces bestaat.

## 1.4 Vraagstellingen

Het follow-up onderzoek richtte zich op de tbs-klinieken of Forensische Psychiatrische Centra (FPC's). Centraal staan de volgende drie vragen:

1. In hoeverre is de geboden zorg in Tbs-klinieken daadwerkelijk ingebed in een effectief en op de uitvoering van zorg gericht kwaliteitsbeleid?
2. In hoeverre is er sprake van een effectieve psychiatrische en psychosociale behandeling, begeleiding en rehabilitatie van de patiënten die in deze klinieken zijn opgenomen?

---

<sup>1</sup> De beschrijvingen die zorgprogramma's bieden richten zich op de organisatie en inrichting van de (gefaseerde) behandeling van verschillende te onderscheiden groepen<sup>1</sup> van TBS-gestelden. Hierbij gaat het telkens om de bewerking van de specifieke samenhang tussen het delict en de specifieke psychiatrische stoornis in relatie tot de psychosociale en maatschappelijk-culturele context.

3. In hoeverre maakt de veelheid aan vaak complexe medische taken, variërend van preventie tot genezing of stabilisatie van lichamelijke klachten systematisch deel uit van een op effectiviteit en veiligheid gerichte medische zorg?

### **1.5 Methode van toezicht en werkwijze**

De rapportage van dit toezicht is een vervolg op de toezichtrondes van 2000, 2003, 2005. Het toezicht is uitgevoerd bij alle negen TBS-klinieken, analoog aan de toezichtronde in 2005, inclusief Trajectum Hoeve Boschoord, een categorale orthopedagogische voorziening voor sterk gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten. In tegenstelling tot de toezichtrapportage van 2005 worden de bevindingen van het toezichtbezoek aan Trajectum Hoeve Boschoord in deze rapportage meegenomen, omdat de onderwerpen die voor dit toezicht zijn geselecteerd, evenzeer voor deze voorziening van toepassing zijn. De rapportage van de Oostvaarderskliniek heeft zich beperkt tot het bezoek aan de locatie Utrecht.

De inspectie heeft bij dit toezicht volgens dezelfde methodiek gewerkt als bij de vorige toezichtrondes. Het toezicht richt zich op drie onderwerpen: het kwaliteitsbeleid, de kwaliteit van de psychiatrische en de psychosociale zorg en de kwaliteit van de medische en de farmacotherapeutische zorg. Deze thema's zijn geselecteerd omdat zij een directe aansluiting geven op de belangrijkste conclusies van de rapportage van het toezicht in 2005.

De bezoeken zijn op gelijke wijze opgebouwd en hebben bestaan uit gesprekken met de directie, de multidisciplinaire behandelstaf, waaronder groepsleiding, de medische dienst en de patiëntenraad. Tevens is de dossiervoering onderzocht op systematiek, toegankelijkheid en is een bezoek gebracht aan de opslagplaatsen voor geneesmiddelen.

De directies van de Tbs-klinieken hebben separaat een rapport ontvangen met de resultaten van het toezicht in hun kliniek. Deze rapporten worden gelijk met deze geaggregeerde rapportage gepubliceerd op [www.igz.nl](http://www.igz.nl). De klinieken zijn verzocht een plan van aanpak aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor te leggen, waaruit blijkt welke maatregelen binnen welke termijn worden getroffen om de kwaliteit van zorg (verder) te verbeteren.

### **1.6 Het toetsingskader**

Om tot een verantwoord oordeel te komen heeft de inspectie gebruik gemaakt van het toetsingskader zoals opgenomen in bijlage 1. Hierin zijn alle normen uitgewerkt waaraan de inspectie de klinieken in deze ronde heeft getoetst. Dit instrument is gebaseerd op de wet en de daarvan afgeleide veldnormen die onder andere de beroepsverenigingen hebben ontwikkeld. Het gaat in het bijzonder om de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

De gehanteerde veldnormen betreffen onder andere de Multidisciplinaire richtlijn voor Schizofrenie en voor Persoonlijkheidsstoornissen, alsmede deskundigheidsvereisten zoals geformuleerd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP).

Om tot een oordeel te komen of er voldoende maatregelen tot waarborging van de kwaliteit van de farmaceutische zorg en de geneesmiddelen distributie zijn, is eveneens gebruik gemaakt van de Wet op de geneesmiddelen voorziening en het Besluit uitoefening artsensijbereidkunst, de Opiumwet, de Nederlandse Apotheeknorm (NAN), de Ziekenhuis Apotheek Standaard en het Normrapport Farmaceutische zorg in Ggz-instellingen.

De inspectie heeft het toetsingskader en het daarop gebaseerde toezichtinstrument consequent bij alle bezoeken aan de Tbs-klinieken toegepast en telkens kritisch geëvalueerd. Na het eerste bezoek zijn enkele verbeteringen aangebracht.

Het toezichtinstrument bevat drie onderwerpen die elk naar de verschillende samengestelde componenten verder zijn uitgewerkt in verschillende structuur- en proceskenmerken. Deze onderwerpen betreffen het kwaliteitsbeleid, de kwaliteit van de psychiatrische en psychosociale hulpverlening en de medische en farmacotherapeutische zorg. In bijlage 1 vindt u een nadere toelichting hierop. In paragraaf 3.1 vindt u de deelvragen bij het onderzoek.

### **1.7 Geaggregeerde rapportage**

In deze rapportage wordt ingegaan op de bevindingen van de negen toezichtbezoeken. Hierin gaat het om een explicitering en uitwerking van de algemene bevindingen van deze follow-up toezichtronde.

In hoofdstuk 2 worden de algemene conclusies van deze inspectieronde weergegeven. Tevens worden de aanbevelingen voor het ministerie van Justitie, koepels, beroepsverenigingen en andere veldpartijen gepresenteerd alsmede de maatregelen die de klinieken dienen te nemen die de inspectie noodzakelijk acht om te bereiken dat de kwaliteit van zorg verder verbetert.

In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de resultaten van het toezicht.

## 2 Conclusies en beoogd vervolgtraject

Tegen de achtergrond van de in het vorige hoofdstuk aangegeven toezichtonderwerpen volgen hierna de belangrijkste conclusies van dit follow-up toezicht. De conclusies zijn gegroepeerd rondom de drie vraagstellingen over het kwaliteitsbeleid, psychiatrische en psychosociale behandeling en begeleiding en de medische en farmacotherapeutische zorg. Vervolgens presenteert de inspectie enkele aanbevelingen aan het ministerie van Justitie en de verschillende beroepsgroepen om de noodzakelijke randvoorwaarden te creëren. Daarna volgen de door de klinieken te nemen maatregelen, om te bereiken dat de psychiatrische, psychosociale en medische zorg zo effectief, veilig en ook patientgericht kan worden uitgevoerd. Tot slot volgt een paragraaf over de handhaving door de inspectie bij de tbs-klinieken.

### 2.1 Conclusies over missie en kwaliteitsbeleid

#### *2.1.1 Tbs-klinieken transformeren steeds duidelijker in Forensisch Psychiatrische Centra waarin behandeling de gevolgde route naar veiligheid is*

De effectiviteit van de behandeling in de Tbs-klinieken wordt bepaald door een goede balans tussen beveiliging en behandeling. De inspectiebezoeken die de afgelopen acht jaar hebben plaatsgevonden laten zien dat zich een geleidelijke maar duidelijke transformatie aftekent in de identiteit van de klinieken. Veiligheid werd lange tijd hoofdzakelijk bereikt door beheers- en beveiligingsmaatregelen en behandeling was daaraan min of meer ondergeschikt. Deze beheersstrategie maakt steeds meer plaats voor een benadering waarin professioneel uitgevoerde behandelingen de route vormen om veiligheid tot stand te brengen. Dit tekent zich ook af in een veranderende naamgeving: TBS-klinieken profileren zich als Forensisch Psychiatrische Centra en zoeken steeds meer de samenwerking op met de reguliere geestelijke gezondheidszorg en gemeenten om de continuïteit en effectiviteit van behandeling, begeleiding en rehabilitatie te versterken.

#### *2.1.2 Kwaliteitsdenken steeds meer vast attribuut van de professionals*

De verschillende beroepsbeoefenaren, vakgroepen en multidisciplinaire teams maken zich steeds meer de attitude en het instrumentarium eigen die een kwalitatief verantwoorde uitvoering van de behandeling vereist. Kennismanagement en een open cultuur van leren van fouten vervangen geleidelijk de eerder gevestigde norm van 'professionele autonomie'. De bereidheid onder de medewerkers van de klinieken om de uitvoering van de behandeling zorgvuldig te volgen, gegevens en ervaringen uit te wisselen en elkaar aan te spreken nemen duidelijk toe. Ook het inzicht in het nut hiervan als onderdeel van systematisch doorgevoerd kwaliteitsbeleid is sterk toegenomen.

#### *2.1.3 Het kwaliteitsbeleid geeft nog onvoldoende richting aan monitoring en sturing van behandelprocessen*

De meeste TBS-klinieken zijn inmiddels HKZ- of anderszins gecertificeerd of zijn daarmee druk doende. Het HKZ kwaliteitsmodel richt zich op beheersing en verbetering van managementprocessen, als een van de voorwaarden tot verantwoorde zorg. HKZ-certificatie leidt echter niet vanzelf tot betere zorg. Een belangrijk kenmerk van een direct op de uitvoering van zorg gericht kwaliteitsbeleid is dat relevante gegevens over de behandeling en behandeluitkomsten systematisch worden verzameld en teruggekoppeld naar de verschillende professionele geledingen binnen de kliniek. Hierdoor worden zij in staat gesteld zorg en behandeling op een systematische wijze verder te verbeteren. Het toezicht laat echter zien dat continue monitoring en evaluatie van het hele proces van begeleiding en behandeling nog in de kinderschoenen staan. Als onderdeel van het interne kwaliteitsbeleid maar ook in het kader van externe verantwoording naar de inspectie en andere partijen zijn de klinieken nog niet voldoende in staat te voorzien in concrete cijfermatige gegevens over de daadwerkelijke kwaliteit van de behandeling. Wel zijn enkele klinieken, waaronder de Kijvelanden en de Dr. Henri van de Hoevenkliniek, druk hiermee doende.

#### *2.1.4 Bevindingen van kwaliteitscommissies worden nog niet systematisch naar medewerkers of behandelteams teruggekoppeld*

Alle klinieken maken gebruik van één of meer kwaliteitscommissies, zoals de commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) of Veilig Incidenten Melden (VIM). Een belangrijk deel van de meldingen betreft fouten in de distributie van medicatie. Meestal rapporteert de commissie over haar geaggregeerde bevindingen, conclusies en aanbevelingen aan de directie. In zes van de negen klinieken koppelen de commissies echter niet hun bevindingen en aanbevelingen direct terug naar de melders, afdelingen of behandelteams. Daardoor wordt de medewerkers de mogelijkheid onthouden om zelf op basis van hun meldingen direct en doorlopend aan verbetering van het zorgproces bij te dragen.

## **2.2 Conclusies over de psychiatrische en psychosociale zorg**

### *2.2.1 Kennisuitwisseling tussen de Tbs-klinieken en delen van wetenschappelijk onderzoek is nog steeds voor verbetering vatbaar*

De toegenomen behoefte aan kennisuitwisseling tussen medewerkers binnen een kliniek gaat nog niet samen met een toename in uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de klinieken. Daardoor verloopt de verdere ontwikkeling en bijstelling van zorgprogramma's veelal gebrekkig en wordt het wiel telkens weer uitgevonden.

Zo wordt in enkele klinieken de uitvoering van zorgprogramma's consistent geïntegreerd met een methodische gebruikmaking van het sociotherapeutische milieu. Klinische behandeling is hier vergaand doorgevoerd. De uitwisseling van ervaring en kennis hierover tussen de medewerkers van de verschillende klinieken heeft echter nog geen vaste grond onder de voeten gekregen.

De klinieken maken over het algemeen nog steeds weinig gebruik van kwaliteitstoetsende en -bevorderende instrumenten. Intercollegiale doorlichting van de organisatie en van het

zorgverleningproces in de vorm van visitaties door beroepsgenoten of in multidisciplinair verband vinden al wel plaats maar maken nog geen vast bestanddeel uit van het kwaliteitsbeleid van alle klinieken.

Ook is de toepassing en effectiviteit van behandelmethoden voor deze groep psychiatrische patiënten in forensisch psychiatrische centra nog geen systematisch onderwerp van wetenschappelijk onderzoek.

### *2.2.2 Alle Tbs-klinieken hebben delictgestuurde zorgprogramma's ontwikkeld en beschreven, maar de uitvoering ervan ondervindt problemen*

In tegenstelling tot de bevindingen uit het inspectietoezicht van 2005 hebben inmiddels alle klinieken zorgprogramma's beschreven. De zorgprogramma's besteden toenemend aandacht aan de onderbouwing, verheldering en programmatische uitwerking van de relatie(s) tussen het delict, de psychiatrische stoornis en persoonlijkheidskenmerken die van invloed zijn op het beloop en de resultaten van de behandeling. Er worden echter meerdere problemen en obstakels ondervonden om de zorgprogramma's consequent en zoals bedoeld in praktijk te brengen. Deze zijn de volgende:

1. Personele tekorten bemoeilijken de adequate uitvoering van zorgprogramma's. Hierdoor ontstaan wachttijden voor deelname aan therapie, discontinuïteit in de uitvoering van de zorgprogramma's en uitstel en onderbreking van de transmurale behandelfase<sup>2</sup>. Personele tekorten doen zich in het bijzonder voor bij de sociotherapeuten. Daarnaast zijn er in verhouding veel generalistisch opgeleide GZ-psychologen maar minder specialistische klinisch psychologen, forensische psychotherapeuten, vaktherapeuten en ook psychiaters.
2. De uitvoering van zorgprogramma's wordt tevens belemmerd doordat de meest effectieve duur van de behandeling sterk kan contrasteren met de feitelijke duur van het verblijf. Daardoor ontstaat het risico dat de te bereiken gunstige effecten van de intramurale en transmurale behandeling hetzij onvoldoende beklijven, hetzij uitdoven of teniet worden gedaan ten gevolge van een langdurig intramuraal verblijf. Dit hangt tevens samen met een gebrekkige doorstroom en uitstroom van de patiënten. Oorzaak hiervan is enerzijds de afwezigheid van een voldoende gedifferentieerd aanbod aan longstayvoorzieningen voor patiënten die zich niet zelfstandig op een veilige manier in de samenleving kunnen handhaven; anderzijds ontstaat een gebrekkige uitstroom door soms onvoldoende concreet uitgewerkte resocialisatietrajecten. Dit is des te opvallender daar procedures en methoden van risicotaxatie bij verlof sterk zijn verbeterd.
3. Tenslotte beperkt de administratieve werkdruk de inzetbaarheid van medewerkers.

---

<sup>2</sup> Met transmurale behandelfase wordt bedoeld de behandelperiode gelegen tussen de intramurale, gesloten behandeling en het uiteindelijke ontslag uit de kliniek.

### *2.2.3 Beleid over vermindering van toepassing van gedwongen insluiting in separeer nog geen gemeengoed*

Ofschoon alle Tbs-klinieken het uitgangspunt ondersteunen om het insluiten van patiënten in een separeer zoveel mogelijk te beperken is een systematisch beleid hierover nog niet van de grond gekomen. Samenhangend hiermee vindt er geen registratie plaats van de omvang en duur van het separeren van patiënten. Daardoor kunnen dergelijke gegevens ook niet gebruikt worden om de medewerkers in staat te stellen het separeren verder terug te dringen ten gunste van alternatieve benaderingen.

### *2.2.4 Het gevoerde integriteitsbeleid van de Tbs-klinieken is effectief*

In alle klinieken is een integriteitsbeleid opgesteld of zijn gedragsregels opgenomen in het personeelshandboek dat alle medewerkers in bezit hebben. Ook in de begeleiding van nieuw personeel en in mentorgesprekken wordt hieraan aandacht geschonken. In vier van de negen klinieken wordt echter de preventieve functie, die een integriteitsbeleid in brede zin beoogd te hebben, onvoldoende uitgewerkt in de vorm van een vast aandachtspunt in werkbesprekingen, vakgroepenoverleg of intervisies. Uit dit toezicht is echter niet gebleken dat het ontbreken hiervan samenhangt met het daadwerkelijk vóórkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er blijkt geen sprake te zijn van een over de jaren heen toegenomen aantal gevallen van professioneel grensoverschrijdende contacten tussen kliniekmedewerkers en patiënten. Integendeel, in een aantal klinieken is het de afgelopen twee jaar niet voorgekomen en in enkele andere klinieken hoogstens een enkele keer. Als (seksueel) grensoverschrijdend gedrag voorkomt worden er direct passende maatregelen genomen en er wordt melding gedaan aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. En in geval van mogelijk strafbaar grensoverschrijdend seksueel contact wordt aangifte gedaan bij het Openbaar Ministerie.

## **2.3 Conclusies over de medische en farmacotherapeutische zorg**

### *2.3.1 Medische dienst vaak zwak toegerust om diversiteit aan taken naar behoren uit te voeren*

In vijf van de negen klinieken is de personele bezetting van de medische dienst zodanig krap dat de uitvoering van de verschillende administratieve, diagnostische, curatieve, begeleidende, informatieve en preventieve taken en de verschillende interne en externe overleggen die hiervoor nodig zijn onder druk staan. De noodzaak van een voldoende toegeruste medische dienst blijkt uit de veelal complexe medische dossiers van de patiënten en uit het belang om naast medische en verpleegkundige begeleiding en behandeling ook systematisch aandacht te besteden aan de preventie van lichamelijke comorbiditeit. De Medische dienst is bovendien het scharnier in het hele proces van medicatieverstrekking.

### *2.3.2 Kwaliteitsborging van het farmacotherapeutische proces is sterk verbeterd*

Sinds het toezicht in 2005 hebben de meeste klinieken veel verbeteringen aangebracht in het proces van de medicatiedistributie. Er zijn analyses gemaakt van de verschillende risicovolle momenten die zich tijdens het proces van het voorschrijven tot en met het toedienen en ter hand stellen van medicatie kunnen voordoen en ook zijn veel structurele verbeteringen hierin doorgevoerd. De klinieken hebben echter nog niet alle risicovolle momenten voldoende aangepakt, in het bijzonder het voorschrijven van medicatie. In een aantal klinieken is het moeten werken met meerdere gescheiden patiëntendossiers (psychiatrische dossier en het Microhis van de medische dienst) een bron van fouten.

## 2.4 Aanbevelingen en maatregelen

Op grond van de resultaten die in hoofdstuk 3 worden samengevat kan worden geconcludeerd dat in de aankomende periode een aantal onderwerpen extra aandacht nodig hebben.

In deze paragraaf wordt een korte schets gegeven van de aandachtspunten per geadresseerde door middel van aanbevelingen aan de beroepsverenigingen en/of de rijksoverheid en maatregelen voor de Tbs-klinieken, die de inspectie noodzakelijk acht. Dit hoofdstuk eindigt met een handhavingsparagraaf door de inspectie.

### 2.4.1 Aanbevelingen aan de rijksoverheid (het ministerie van Justitie en het ministerie van VWS), de beroepsverenigingen en de cliëntorganisatie Platform GGZ

Hieronder volgen de aanbevelingen voor de rijksoverheid; het ministerie van Justitie en het ministerie van VWS, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), en de betrokken beroepsgroepen: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), platform Justitieel Verpleegkundigen, het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), sectie Forensische Psychologie Volwassenen en de koepel van cliënten- en familieorganisaties Landelijk Platform GGZ.

In de samenwerking tussen de rijksoverheid, respectievelijk de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en de TBS-klinieken beveelt de inspectie het volgende aan:

#### 1 Kwaliteitsbeleid en wetenschappelijk onderzoek:

- Ontwikkel een monitor die kernaspecten van het behandelproces van patiënten in TBS-klinieken periodiek in kaart brengt. De monitor biedt informatie ten behoeve van bijstelling en verbetering van de kwaliteit van de delictgestuurde zorgprogramma's. De monitor registreert gegevens op het gebied van de patiëntveiligheid van de psychiatrische, psychosociale en medische zorg en de mate waarin de uitvoering van de zorgprogramma's zich effectief richt op de behandel doelstellingen. De monitor is primair een instrument voor interne kwaliteitsbewaking en voor uitwisseling van kennis en ervaring tussen klinieken maar kan tevens in het kader van externe verantwoording als informatiebron worden gebruikt.
- Zorg voor de verdere ontwikkeling en coördinatie van wetenschappelijk onderzoek over forensisch psychiatrische thema's, gericht op optimalisering van de

gebruikswaarde van resultaten van onderzoek voor de forensisch psychiatrische sector. Plaats hierbij de lopende trajecten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van klinisch forensische behandeling in een onderlinge samenhang en zoek naar mogelijkheden voor effectieve synergie.

- Start een multicenter wetenschappelijk onderzoek dat zich richt op de relatie tussen de meest effectieve duur van behandeling die TBS-klinieken bieden aan verschillende doelgroepen van TBS-gestelden, en de feitelijke verblijfsduur binnen de klinieken. De resultaten hiervan dienen de verbetering en bijstelling van systemen van forensische zorg.
- Gebruik gegevens die kwaliteitscommissies binnen de Tbs-klinieken, zoals de MIP, ontvangen en analyseren als spiegelinformatie die is afgestemd op de concrete vragen en behoeften van de medewerkers en behandelteams binnen de kliniek. Periodieke terugkoppeling en bespreking van deze gegevens kan op deze wijze direct worden benut voor het verbeteren van de behandeling en zorg.

## *2 Delictgestuurde psychiatrische en psychosociale behandeling:*

- Bundel de bestaande delictgestuurde zorgprogramma's en bepaal op basis hiervan hoe, op welk moment en welke psychiatrische en psychotherapeutische behandelmethoden opgenomen moeten worden in zorgprogramma's voor de verschillende te onderscheiden doelgroepen. De uitvoeringsduur van de zorgprogramma's moet consistent worden gemaakt aan de totale verblijfsduur van patiënten in de Tbs-klinieken.
- Besteed bij de ontwikkeling van zorgprogramma's eveneens systematische aandacht aan delictgestuurde zorgprogramma's voor forensische patiënten met autisme spectrum stoornissen en patiënten met een verstandelijke beperking.
- Onderzoek in hoeverre psychologische en psychotherapeutische methoden van behandeling die in de reguliere ggz effectief zijn gebleken aanpassing vereisen om ook in de forensisch psychiatrische centra bruikbaar en werkzaam te zijn. Hierin moet rekening worden gehouden met kenmerken van het delict, de zorgbehoefte en de persoonlijkheid van patiënten in de forensische setting.
- Voorzie in een gedifferentieerd personeelsbeleid waarin de noodzakelijke professionele expertise op het vlak van sociotherapeutische, psychiatrische, klinisch psychologische en psychotherapeutische behandeling beschikbaar komt.
- Voer sectorbreed en in navolging van de reguliere ggz een verbeterproject in dat zich richt op het terugdringen van het insluiten van patiënten in een separeerruimte. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de leerervaringen die met de uitvoering van het project Dwang en drang van GGZ Nederland zijn opgedaan.

## *3 Medische en farmacotherapeutische zorg:*

- Versterk de huisartsgeneeskundige en verpleegkundige formatie zodanig dat er voldoende ruimte beschikbaar komt voor alle van belang zijnde preventieve, diagnostische en curatieve taken van de Medische dienst.
  - o De norm voor de beschikbaarheid van de huisarts moet minstens tweemaal per week regulier spreekuur, huisartsgeneeskundige inzet voor screening, preventie en behandeling voor lichamelijke co-morbiditeit en vast intercollegiaal overleg mogelijk maken.
  - o Verpleegkundige inzet moet van voldoende omvang zijn om preventieve, screening-, zorg- en administratieve taken structureel mogelijk te maken.

## 2.4.2 Maatregelen voor de Tbs-klinieken

De klinieken kunnen de concrete maatregelen ontleen aan de afzonderlijke rapportages van de inspectiebezoeken. Aan de klinieken is na de bijstelling en definitieve vaststelling van de inspectierapportages in de loop van 2008 gevraagd om een plan van aanpak op te stellen waarin wordt aangegeven wanneer en op welke wijze zij de noodzakelijk geachte verbeteringen moeten doorvoeren.

De gevraagde maatregelen zijn complementair aan de in paragraaf 2.4.1. vermelde aanbevelingen voor de beroepsverenigingen en de rijksoverheid. Het betreft de volgende maatregelen:

1. *Kwaliteitsbeleid:*
  - a. Geef verdere uitvoering aan de ontwikkeling van veilig melden als onderdeel van een integraal Veiligheids Management Systeem (VMS). Koppel bevindingen van kwaliteitscommissies als spiegelinformatie regelmatig terug naar afdelingen, behandelteams en melders en vestig een cultuur waarin leren door fouten onderdeel van het normale professionele handelen vormt.
  - b. Realiseer een daadwerkelijke aansluiting met de reguliere Ggz-instellingen op zodanige wijze dat rehabilitatie- en resocialisatietrajecten alsmede gedifferentieerde longstayvoorzieningen effectieve aansluiting bieden op de intra- en transmurale behandeling in de Tbs-klinieken.
2. *Psychiatrische en psychosociale behandeling*
  - a. Integreer de psychiatrische en psychotherapeutische denk- en handelingskaders met de theorie en praktijk van de sociotherapie en vaktherapieën.
    - i. Ontwikkel een gezamenlijk gedeelde behandelvisie waarvan deze genoemde kaders in onderlinge samenhang en op consistente wijze onderdeel uitmaken.
    - ii. Laat de zorgprogramma's hiervan zodanig deel uitmaken dat therapeutische activiteiten en leef- en verblijfsomstandigheden binnen de afdelingen interne samenhang vertonen.

- b. Ontwikkel en implementeer een opleidings- en personeelsbeleid dat zich richt op opheffing van structurele kwetsbaarheid van een personele bezetting die de uitvoering van de zorgprogramma's belemmert.

### 3. *Medische en farmacotherapeutische zorg*

- a. Draag zorg voor een (elektronisch) patiëntendossier dat op doelmatige en effectieve wijze alle componenten voor medische, psychiatrische en psychosociale zorg bijeenbrengt en dat voor alle betrokken medewerkers toegankelijk en bruikbaar is.
- b. Ontwikkel en implementeer een beleid dat zich richt op de jaarlijkse risicogerichte screening, preventie en behandeling van lichamelijke co-morbiditeit bij alle patiënten die langdurig zorgafhankelijk zijn.
- c. Voer een periodieke en systematische risicoanalyse uit die zich richt op de keten van voorschrijven en distribueren van medicatie en draag er zorg voor dat de uitkomsten hiervan leiden tot verdere verbeteringen in het medicatiedistributiesysteem, inclusief opslagcondities.
- d. Werk in de periodieke evaluatie en bijstelling van de systematiek van medicatiedistributie en de beoordeling van de totale farmacotherapie rondom een individuele patiënt actief samen met de toezichthoudend apotheker.

#### **2.4.3 Handhaving door de inspectie**

Alle TBs-klinieken is gevraagd om een plan van aanpak op te stellen naar aanleiding van de in 2008 verstuurde instellingsrapportages. De inspectie zal deze plannen van aanpak evalueren en van een schriftelijke reactie voorzien. Op basis van de resultaten en een risico-inschatting besluit de inspectie of de schriftelijke reactie aangevuld dient te worden met een vervolgbezoek in 2009. Als dit niet het geval is, wordt de TBs-kliniek opnieuw door de IGZ bezocht in het kader van de reguliere afspraken met de bewindslieden van Justitie en VWS (volgende periodieke ronde is 2010/2011).

## 3 Resultaten

### 3.1 Inleiding

De resultaten van de TBS toezichtronde zijn voor alle bezochte instellingen ondergebracht in vier beoordelingscategorieën: *beleid afwezig*, *beleid aanwezig*, *beleid operationeel* en *beleid geborgd*. De resultaten zijn nader geanalyseerd in samenhang met alle gegevens die tijdens het toezichtbezoek verzameld zijn en met de volledige rapportages die de inspecteurs voor elk van de bezochte klinieken hebben opgesteld. Met deze sturingsinformatie kunnen de klinieken (de uitvoering van) hun beleid verder verbeteren.

#### Toelichting op de beoordelingscategorieën

De beoordelingscategorieën zijn als volgt gedefinieerd (zie ook bijlage 1).

*Afwezig*: De instelling of zorgaanbieder beschikt niet over een vastgesteld document waarin de visie en het beleid over een onderdeel of aspect worden beschreven

*Aanwezig*: Een dergelijk document is beschikbaar en bij de medewerkers van de instelling bekend. Het schriftelijk vastgelegde beleid is echter (nog) niet of ten dele geïmplementeerd

*Operationeel*: Het beleid in kwestie wordt inmiddels binnen de hele instelling en op alle onderdelen waarop het beleid betrekking op systematische wijze uitgevoerd.

*Geborgd*: Het beleid in kwestie wordt volledig uitgevoerd én de uitvoering van dit beleid is geborgd door middel van een concrete, bij voorkeur cijfermatige meting van belangrijke aspecten van het zorgproces en van de uitkomsten van de geboden zorg.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste onderwerpen die tijdens de toezichtronde aan de orde zijn geweest kort weergegeven:

- het kwaliteitsbeleid,
- delictgestuurde psychiatrische en psychosociale behandeling en
- medische en farmacotherapeutische zorg.

In de bespreking van de resultaten van deze onderwerpen zullen telkens eerst de verschillende deelvragen die bij deze onderwerpen horen en tijdens de bezoeken aan de orde zijn gesteld worden aangegeven.

### 3.2 De resultaten over het kwaliteitsbeleid

Bij het onderwerp “kwaliteitsbeleid” formuleerde de inspectie zes deelonderwerpen en -vragen; deze gaan doorgaans over de achterliggende structuur- en proceskenmerken van het kwaliteitsbeleid van de Tbs-klinieken.

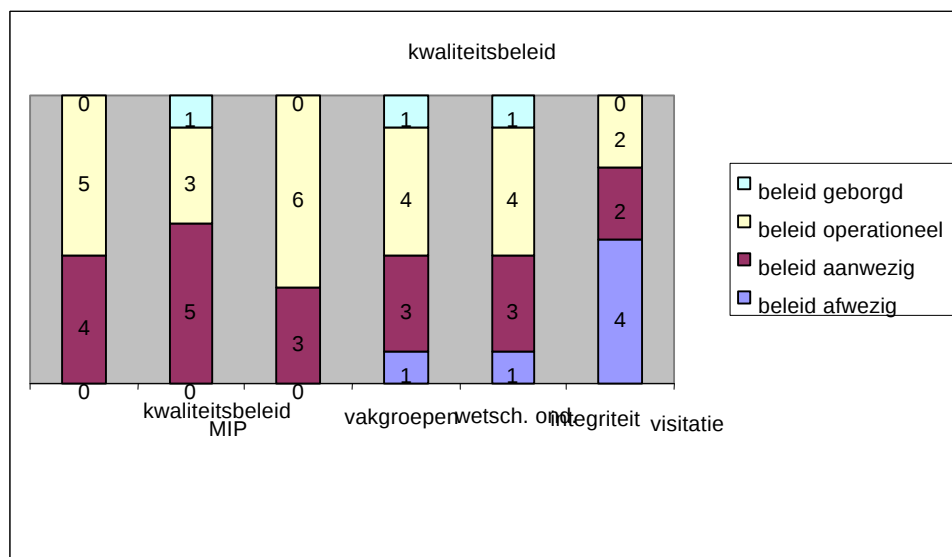
#### 1. Algemene kwaliteitsbeleid van de Tbs-kliniek:

Heeft de kliniek een kwaliteitsbeleid ontwikkeld? Werkt de kliniek met een kwaliteitssysteem? Komt het werken met een kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem

direct ten goede aan het doorgaande proces van bijstelling en borging van de uitvoering van zorg in de kliniek? Is er op enigerlei wijze sprake van een continue monitoring van essentiële parameters van het zorg- en behandelproces ten behoeve van het verbeteren van de kwaliteit van zorg?

2. *Het functioneren van de kwaliteitscommissies, w.o. de MIP-commissie:*  
Welke kwaliteitscommissies zijn er en in hoeverre zijn deze operationeel? In hoeverre nemen de medewerkers van de Tbs-klinieken actief deel aan een cultuur waarin het leren door fouten gemeengoed is? In hoeverre gebruiken de medewerkers de bevindingen van kwaliteitscommissies als actieve spiegel- en sturingsinformatie ten behoeve van de uitvoering van zorg?
3. *Het werken en gebruikmaken van vakgroepen:*  
Zijn er vakgroepen van de verschillende professionele geledingen in de Tbs-klinieken en zo ja, welke? In hoeverre is er in de kliniek sprake van uitwisseling van ervaringen en kennis binnen en tussen de professionele geledingen in de vorm van refereerbijeenkomsten, reguliere intervisie en supervisie? Is er kennisuitwisseling tussen (vakgroepen van) verschillende Tbs-klinieken?
4. *Het gebruik maken van visitatie en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten:*  
In hoeverre maakt men gebruik van verschillende kwaliteitsbevorderende instrumenten, zoals opleidingsbeleid, scholing en bijscholing, visitatie, audits e.d.? In hoeverre draagt de gebruikmaking van deze instrumenten concreet bij aan de bevordering van de deskundigheid en bekwaamheid van de medewerkers?
5. *Het uitvoeren van en meewerken aan wetenschappelijk onderzoek:*  
In hoeverre is er sprake van het meewerken of deelnemen aan projecten van multicenter wetenschappelijk onderzoek? In hoeverre richt dit onderzoek zich op vraagstellingen die bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van forensische zorg in de Tbs-kliniek?
6. *Het integriteitsbeleid van de Tbs-klinieken:*  
Heeft de Tbs-kliniek een integriteitsbeleid geformuleerd? In hoeverre wordt dit beleid in praktijk gebracht? Wat is de omvang van grensschendend agressief of seksueel gedrag binnen en tussen personeel en patiënten?

In onderstaande grafiek staat een overzicht van de getotaliseerde scores voor de zes verschillende facetten van het kwaliteitsbeleid die in het toezicht zijn getoetst. Deze gegevens worden hieronder besproken.



### 3.2.1 Kwaliteitsbeleid gaat zich duidelijker richten op sturing van het zorgproces

De mogelijkheid om de stap naar concrete en transparante kwaliteitsverbetering van de zorg te zetten is dichtbij gekomen nu duidelijk is dat de meeste Tbs-klinieken een kwaliteitscertificaat hebben behaald of daar dichtbij zijn. Voor de meeste klinieken betrof dit het HKZ-certificaat. Dit kwaliteitsmodel richt zich op beheersing en verbetering van managementprocessen, als een van de voorwaarden tot verantwoorde zorg. HKZ-certificatie leidt echter niet vanzelf tot betere zorg. Zij moet worden uitgewerkt naar meting van het zorgproces zelf. De relatie tussen professionele zorgverlener en patiënt maar ook systematische meting van risicovolle parameters van het zorgproces zijn belangrijke tussenschakels voor een veilige en effectieve behandeling en zorg.

Een daadwerkelijke doorontwikkeling van het algemene kwaliteitsbeleid van de klinieken naar professionele sturing van de uitvoering van de zorg zelf in termen van een veiligheids- en zorgprogrammamanagement heeft echter nog niet in alle klinieken plaatsgevonden: in vijf van de negen klinieken was een dergelijke systematiek inmiddels op zijn minst gedeeltelijk operationeel. In de overige vier klinieken was van een dergelijke uitwerking van het kwaliteitsbeleid nog geen sprake of bevond deze zich nog in een startfase. In een aantal klinieken vond er overigens wel meting of registratie plaats die de directie benutte als sturingsinformatie voor het bijstellen van het behandelbeleid, maar vaak ging die gebruikmaking van proces- en uitkomstgegevens niet samen met een daarop afgestemde, directe en periodieke terugkoppeling naar de behandelteams, sociotherapie en behandelaren zelf. Dit laatste is de reden waarom de categorie 'beleid geborgd' op geen van de Tbs-klinieken van toepassing is.

### 3.2.2 Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) en visitatie nog onvoldoende ingezet als kwaliteitsinstrumenten van de medewerkers

In alle klinieken waren MIP-commissies ingesteld. In vijf klinieken waren deze echter niet voldoende consistent operationeel effectief. Het belangrijkste verbeterpunt betrof de terugkoppeling naar de melders, afdelingen en/of behandelteams. Ofschoon de commissies

wel rapporteerden en adviseerden aan directies ervaren de medewerkers van de klinieken over het algemeen de MIP-commissie niet als een kwaliteitsinstrument dat hun professionele handelen tastbaar ondersteunt. Versterking van deze kwaliteitsbevorderende functie is echter wel goed mogelijk omdat over het algemeen de medewerkers hieraan behoefte hebben en er open voor staan. Het uitwisselen van ervaringen, elkaar aanspreken op het professionele functioneren en het leren door fouten heeft duidelijk ingang gevonden. De verandering in professionele cultuur en attitude wordt echter onvoldoende gevoed door analyses en bevindingen van de MIP- en andere kwaliteitscommissies. Het intra- en interdisciplinaire overleg, waaronder het vakgroepen- en multidisciplinaire overleg, zijn een zinvolle setting hiervoor. In een aantal klinieken maakten vooral sociotherapeuten nog niet gebruik van mogelijkheden (waaronder het vakgroepoverleg) tot systematische reflectie op het professionele handelen.

Visitatie is een ander kwaliteitsinstrument. Het werd echter nog nauwelijks in de TBS-klinieken gebruikt en maakte nog geen onderdeel uit van een gemeenschappelijke cultuur van kennisuitwisseling en onderlinge toetsing van kwaliteit van zorg.

### **3.2.3 Kennismanagement, mono- en multidisciplinair overleg komen goed van de grond**

In zes Tbs-klinieken werd gewerkt met een vakgroepenoverleg. Meestal was dit overleg voor de psychiaters en psychologen echter al wel geregeld, maar nog niet of in gebrekkige mate voor de sociotherapeuten of (groeps-) begeleiders en vaktherapeuten. Slechts in een enkele kliniek was dit laatste duidelijk in de praktijk gebracht.

In het vakgroepenoverleg was de ruimte die werd besteed aan de uitwisseling van kennis en ervaring of aan het genereren van nieuwe kennis groter aan het worden. De uitwisseling van kennis tussen vakgroepen kreeg eveneens steeds meer accent en in enkele klinieken was de multidisciplinaire uitwisseling van kennis steeds meer de boventoon gaan voeren. Daarentegen was de uitwisseling van kennis met andere klinieken nog steeds aan de gebrekkige kant; vooral voor de relatief grootste groep sociotherapeuten en groepsbegeleiders waren de mogelijkheden voor kennisuitwisseling vaak beperkt. In drie klinieken liepen initiatieven om de positie van de sociotherapeuten in deze opzichten versterking te bieden.

Visitatie vond in slechts een minderheid van de Tbs-klinieken systematisch plaats. Ook hier kan gezien worden dat de psychiaters, mede gevoed door hun actieve beroepsvereniging, hieraan de meeste aandacht besteden en de sociotherapeuten het minst.

De rol van intervisie en supervisie is over alle Tbs-klinieken gezien verschillend. In sommige klinieken maakte het een vast en wekelijks of tweewekelijks plaatsvindend onderdeel uit van de professionele routines; in andere klinieken was dit in mindere mate het geval.

### **3.2.4 Wetenschappelijk onderzoek nog onvoldoende door gezamenlijke klinieken gedragen**

In zes klinieken werd deelgenomen aan wetenschappelijk onderzoek. Meestal betrof dit een onderzoek naar de effecten van (psychotherapeutische) behandelmethoden voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, zoals Schema Focused Therapy (SFT) of Dialectische Gedragstherapie (DGT). Van deze behandelmethoden is onder niet-forensische populaties

al veel onderzoek beschikbaar dat de effectiviteit daarvan ondersteunt, maar de resultaten van toepassing op TBS-gestelden zijn grotendeels onbekend. Daarom is onderzoek naar de resultaten van aangepaste, dat wil zeggen intramurale en delictgestuurde, behandeling van groot belang. De deelname aan wetenschappelijk onderzoek stuit echter op verschillende obstakels:

- Het blijkt dat in meerdere klinieken deze methoden van behandeling wel hun intrede hebben gedaan. Zij waren echter nog niet volledig geïmplementeerd en evenmin effectief geïntegreerd binnen het daarvoor bedoelde zorgprogramma.
- Sommige klinieken hadden de ene en andere klinieken een andere behandelmethodiek ingevoerd zonder dat de onderbouwing van de keuze voor het werken met een specifieke methodiek voldoende eenduidig of herkenbaar was.
- Het was onvoldoende duidelijk of en zo ja op welke wijze meerdere parallelle onderzoekstrajecten op elkaar werden afgestemd. De meeste klinieken hadden hun onderzoek niet multicenter opgezet. Hierdoor werd de generaliseerbaarheid van gevonden onderzoeksresultaten ingeperkt, mede omdat het behandelaanbod per kliniek verschillend (georganiseerd) was.
- Tenslotte ontbrak het aan eenduidigheid over de vraag op welk moment en voor welke groep patiënten een bepaalde behandelmethodiek in praktijk wordt gebracht.

### **3.2.5 Integriteitsbeleid sturend voor professionele handelen**

Er was geen sprake van structureel verankerde risico's op grensoverschrijdend of grensschendend gedrag tussen hulpverleners en patiënten. De verschillende groepen professionals kennen zonder onderscheid hun ethische code en houden zich hieraan. Wel waren er enkele klinieken waar de aandacht voor het integriteitsbeleid effectiever kan worden gerealiseerd.

Er is echter geen enkele samenhang gebleken tussen deze klinieken en de frequentie van het voorkomen van grensoverschrijdende situaties. Tegelijk is duidelijk dat het zo nu en dan voorkomt. In die situaties hebben in het algemeen de klinieken consistent en adequaat gehandeld, door hierover melding te doen aan de inspectie en door maatregelen te nemen om het grensoverschrijdende gedrag te eindigen.

### **3.3 De resultaten over de delictgestuurde psychiatrische en psychosociale zorg**

Bij het onderwerp "delictgestuurde psychiatrische en psychosociale zorg" formuleerde de inspectie zeven deelonderwerpen en - vragen; deze gaan doorgaans over de achterliggende structuur- en proceskenmerken van het beleid over de psychiatrische en psychosociale behandeling en begeleiding dat de Tbs-klinieken aan de patiënten bieden.

#### **1. Zorgvisie:**

In hoeverre hebben de medewerkers een zorgvisie ontwikkeld en in welke mate wordt deze gezamenlijk gedragen als gemeenschappelijk referentiekader bij het

professionele handelen? In hoeverre kan de uitvoering van de zorg functioneel-inhoudelijk in samenhang worden gezien met dit gemeenschappelijke kader?

2. *Zorgprogrammering:*

Heeft de Tbs-kliniek zorgprogramma's ontwikkeld voor de verschillende te onderscheiden groepen TBS-gestelde patiënten? In hoeverre lukt het om daadwerkelijk uitvoering aan deze zorgprogramma's te geven? In hoeverre vindt er procesbewaking van de uitvoering van zorgprogramma's plaats waarbij de resultaten gebruikt worden om de zorgprogramma's waar nodig verder te verbeteren? In hoeverre is de uitvoering van een zorgprogramma geïntegreerd met een benadering waarbij het afdelingsmilieu in therapeutische zin onderdeel hiervan vormt?

3. *Delictgestuurde behandeling en risicotaxatie:*

In hoeverre nemen de zorgprogramma's ook het delict, de delictanalyse en delictbewerking als vertrekpunt voor het therapeutische handelen? In hoeverre vormt risicotaxatie hierbij een vast en herkenbaar onderdeel? In hoeverre is de analyse en presentatie van het delict ook een activiteit waarin de patientengroep actief wordt betrokken?

4. *Multidisciplinaire samenwerking:*

In hoeverre is er sprake van een multidisciplinair team waarin verschillende soorten deskundigheid herkenbaar zijn opgenomen? In hoeverre komen de verschillende professionele invalshoeken tot hun recht in het dagelijkse proces van interdisciplinaire afstemming en overleg? In hoeverre is er aandacht voor verbetering in de kwaliteit van samenwerking en effectiviteit van behandeling en geboden zorg?

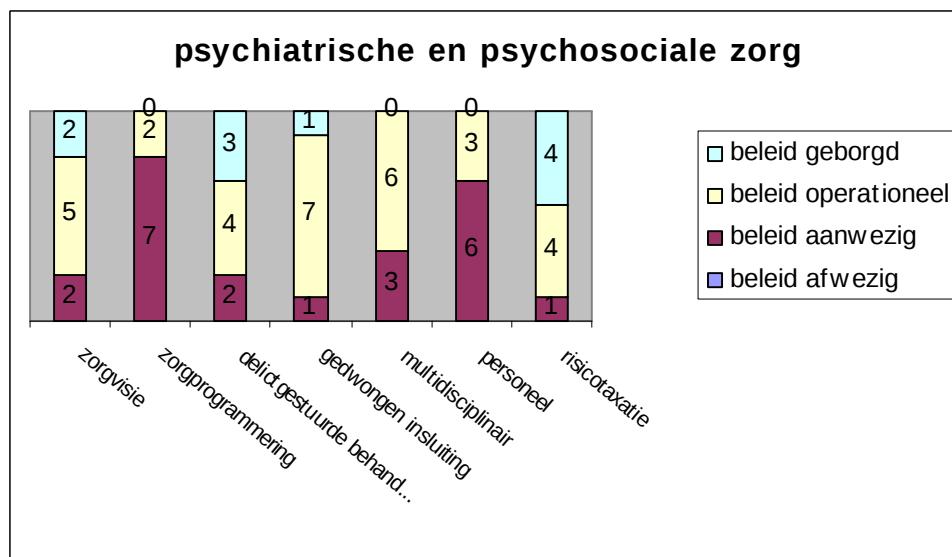
5. *Gedwongen insluiting:*

In hoeverre hebben de Tbs-klinieken een beleid ontwikkeld dat is gericht op het zorgvuldig toepassen van het gedwongen insluiten van een patiënt in een separeerruimte? In hoeverre is er beleid dat zicht actief richt op het terugdringen van het insluiten in een separeer? Wordt het toepassen van het separeren of van alternatieve interventies geregistreerd en zo ja, worden de gegevens hiervan gebruikt als spiegelinformatie voor de behandelteams en sociotherapeuten?

6. *Personele beschikbaarheid:*

Is er voldoende personeel beschikbaar om consistent en systematisch uitvoering te geven aan de zorgprogramma's en de individuele behandelplannen?

In onderstaande grafiek staat een overzicht van de getotaliseerde scores voor de verschillende facetten van de psychiatrische en psychosociale behandeling die in het toezicht zijn getoetst. Deze zullen vervolgens nader worden uitgewerkt.



### 3.3.1 De zorgvisie is leidend, maar de uitvoering van zorgprogramma's verloopt moeizaam

Alle klinieken hadden hun zorgprogramma's beschreven en concreet uitgewerkt in termen van de indicatiestelling en diagnostiek van onder andere de relatie stoornis - delict, behandelmethodieken en het behandelarrangement, waaronder de fasering van de behandeling.

De behandelinhoudelijk, vaak gedetailleerd onderbouwde zorgprogramma's, vormen het gemeenschappelijk gedeelde referentiekader voor het handelen van de multidisciplinaire teams. De programma's beslaan ook steeds meer de transmurale behandelfase.

Aan één van de belangrijke voorwaarden voor adequate borging van het behandelproces wordt over het algemeen voldaan: dit betreft de kwaliteit van de multidisciplinaire samenwerking. In bijna alle klinieken kreeg de teamsamenwerking veel aandacht. Vooral hieraan tekent zich de ontwikkeling af van de kliniek als beheersinstituut naar een specialistische behandelvoorziening gericht op het verminderen, respectievelijk opheffen van het delictgevaar bij patiënten.

Tegelijk is geconstateerd dat in de meeste klinieken het consistent en systematisch in de praktijk brengen van de zorgprogramma's op obstakels stuit. Deze vertonen in meerdere of mindere mate structurele karakteristieken. Het is vooral de combinatie van deze factoren die belemmerend werkt op de uitvoering van de zorgprogramma's. Het gaat om de volgende problemen:

1. In zes van de negen klinieken bestonden personele tekorten (dit punt wordt bij 'omvang en deskundigheid personeel' verder uitgewerkt).
2. Onder paragraaf 3.2 over het kwaliteitsbeleid is al opgemerkt dat de zorgprocessen nog niet voldoende geborgd zijn door middel van een systeem van doorlopende monitoring van essentiële parameters van de behandeling, die zowel de veiligheid als de kwaliteit van zorg in beeld brengen en die direct ter beschikking komen aan de behandelteams. Dit probleem is vooral van belang omdat de behandeling in de

kliniek zich uitstrekt over een periode van vele jaren. Daardoor is het risico aanwezig dat de behandeldoelstellingen (ongemerkt) gaan afwijken van de aanvankelijk geformuleerde doelen. Ook is er het risico dat de gekozen behandelmethoden in de loop van de tijd een andere koers gaan volgen dan volgens de beschrijving van de methodiek de bedoeling is. Dit probleem kan versterkt worden door de neven- en bijwerkingen van het langdurige verblijf binnen de muren van de kliniek, waaronder hospitalisatie-effecten. De klinieken onderkennen overigens deze risico's maar een concreet hierop gericht effectief beleid blijkt moeilijk te realiseren.

3. Een hieraan gerelateerd probleem betreft het uitstel of de stagnatie in de door- en uitstroom van patiënten in de transmurale fase van de behandeling. De meeste klinieken besteden veel aandacht aan samenwerkingsrelaties met de reguliere Ggz-instellingen en aan uitbouw van en differentiatie in voorzieningen voor longstay. In de praktijk is echter de uitstroom naar de reguliere voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg nog steeds beperkt. Daarnaast werkt ook het restrictieve overheidsbeleid ten aanzien van verloven stagnerend op de doorstroom van patiënten. Mede hierdoor is de totale verblijfsduur van patiënten in de Tbs-klinieken gestadig aan het toenemen.
4. De zorgprogramma's bestaan vaak uit beschrijvingen van de in te zetten therapeutische methoden maar in veel gevallen zijn deze methoden onvoldoende geïntegreerd met de sociotherapie en het leefmilieu van de kliniek en de verschillende afdelingen. Door de uitvoering van de behandelmethoden in engere zin niet effectief te koppelen aan het dagelijkse leven op de afdelingen worden resultaten van de behandeling beperkt of zelfs (ongeweten) ongedaan gemaakt. Het toezicht maakte overigens duidelijk dat er in meerdere klinieken veel aandacht naar dit probleem uitgaat. Zo is Oldenkotte bezig met het inrichten van het milieu volgens een op Dialectische Gedragstherapie aansluitend operant milieu; in de Oostvaarderskliniek besteedt men aandacht aan het opbouwen van een sociaal supportief milieu en in de Dr. Henri van der Hoevenkliniek is de integratie zover doorontwikkeld dat behandeling en milieu volledig zijn geïntegreerd. Zoals eerder is aangegeven is het opmerkelijk dat er desondanks tussen de verschillende klinieken weinig systematisch ervaringen en kennis worden uitgewisseld.
5. De verschillende klinieken hebben in hun behandelarrangementen methoden van behandeling opgenomen die op basis van de beschikbare richtlijnen 'evidence based' zijn en de 'the state of the art' vertegenwoordigen. Het probleem van effectiviteit van behandelmethoden is echter gecompliceerder dan de positieve resultaten van wetenschappelijk onderzoek suggereren. Er zijn meerdere methoden bewezen effectief, maar daarbij is vooral de matching van belang tussen een bepaalde methode en persoonlijkheidskenmerken van de patiënt. De meeste klinieken werken echter met één of een zeer beperkt aantal behandelmethodieken waardoor in de praktijk het matchen gebrekkig plaatsvindt. Daarnaast vindt assessment van de patiënten op daarvoor relevant geachte persoonlijkheidsdimensies niet of niet systematisch plaats. Naast de gebrekkige matching speelt het probleem dat het meeste wetenschappelijke onderzoek naar de effectiviteit van specifieke behandelmethodieken is gebaseerd op niet - forensische patiëntengroepen. Deze onderzoeken hebben bovendien betrekking op

behandelingen die in het algemeen veel korter duren dan de feitelijke verblijfsduur van patiënten in de intramurale forensische behandelsetting. Daarnaast geeft de Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen op basis van uitgebreid RCT-onderzoek aan dat de effectiviteit van klinische behandelarrangementen terugloopt naarmate de verblijfsduur langer wordt.

### **3.3.2 Delictgestuurde behandeling en systematische taxatie van het delictrisico bijna overal in praktijk gebracht**

Het toezicht laat zien dat de meeste klinieken hun beleid over delictgestuurde behandeling en taxatie van het delictrisico goed op orde hebben. Een aantal klinieken had dit beleid inmiddels zover doorontwikkeld dat gesproken kon worden van een systematisch geborgd beleid. Ook hier zijn echter verdere verbeteringen mogelijk.

Het aantal klinieken dat bijvoorbeeld op basis van delictanalyse en delictscenario een model had ontwikkeld dat de patiënten een structuur biedt voor een behandelinhoudelijk onderbouwde delictpresentatie aan behandelteam en betrokken medepatiënten, was beperkt. Enkele klinieken waar goede resultaten hiermee werden bereikt, waren De Rooyse Wissel en de Dr. Henri van der Hoevenkliniek.

Daarnaast is verdere aandacht nodig voor de inbedding van delictbewerking in de zorgprogramma's.

### **3.3.3 Beleid gedwongen insluiting in separeerruimte kan beter**

In twee klinieken werd metterdaad een uiterst restrictief beleid gevoerd over het onder dwang insluiten van patiënten in een isoleer- of separeerruimte. In de meeste klinieken werd wel uitvoering gegeven aan de daarvoor bedoelde wettelijke kaders (operationeel effectief niveau). Dat wil echter niet zeggen dat het terugdringen van de praktijk van het separeren aan expliciet beleidspunt is, zoals bedoeld met het project Dwang en drang van GGZ Nederland. Dit wordt gecompliceerd door de praktijk in een aantal FPC's om afzondering in een separeer ook als sanctie toe te passen. In een meerderheid van de klinieken werd geen systematische registratie bijgehouden én gebruikt als feedback naar de sociotherapie over het aantal en de duur van gedwongen insluitingen van patiënten in een separeer. Daardoor is het niet goed mogelijk om een duidelijk zicht op de omvang van het separeren te verkrijgen. Er is inmiddels in brede zin consensus over de onwenselijkheid van het separeren in het algemeen.

### **3.3.4 Omvang en deskundigheid personeel laat nog te wensen over**

Het toezicht levert informatie op over de omvang en vereiste soorten deskundigheid van het personeel.

1. In zes van de negen klinieken was er sprake van personele tekorten die zich vooral binnen de sociotherapeutische discipline aftekenden. De sociotherapie was in de dagelijkse gang van zaken binnen de kliniek een centrale discipline en ook de meest kwetsbare. Tekorten aan sociotherapeuten waren van directe invloed op de uitvoering van therapeutische activiteiten. De continuïteit van de behandeling werd ten gevolge van de tekorten aangetast: onderdelen van het programma vielen uit of

de uitvoering van het transmurale zorgbeleid werd vertraagd of raakte verbrokkeld. Ook verloven tijdens weekends kwamen daardoor te vervallen.

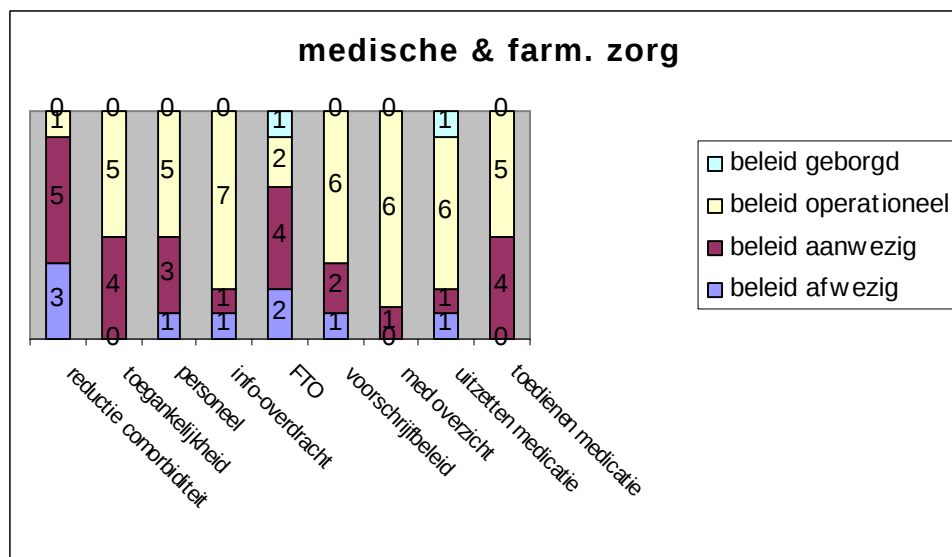
2. De inspectie constateert dat er ook binnen een aantal andere disciplines structurele krapte of te weinig gedifferentieerde deskundigheid bestaat die belemmerend werkt op de uitvoering van vaak complexe en heterogene behandelingstaken.
  - a. De sociotherapeuten ontvingen over het algemeen gebrekkige post - HBO of post - MBO opleidingen in de forensisch psychiatrische sociotherapie en in het werken met groepen. De klinieken verzorgden in een aantal gevallen weliswaar in-service scholingstrajecten maar hieraan lag geen gemeenschappelijke kwaliteitsnorm of -keurmerk ten grondslag. Scholing kan voorzien in een beter geïnformeerd beeld over de beperkingen maar ook therapeutische mogelijkheden van het werken met groepen in de klinieken.
  - b. De formatie (fte) aan psychiaters was in verhouding tot de reguliere geestelijke gezondheidszorg beperkt, met als gevolg dat er voor de in de klinieken werkzame psychiaters weinig ruimte was voor een meer regievoerende taakuitvoering. De werkzaamheden van de psychiater versmalden daardoor tot vooral diagnostische en farmacotherapeutische taken. Dit wijkt af van de omschrijving van de rol en taak van de psychiater zoals vastgelegd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).
  - c. De huisartsformatie (fte) was in de verschillende klinieken verschillend ingevuld maar in een aantal klinieken te krap. Eén spreekuur en vier uren beschikbaarheid per week zijn onvoldoende om de veelheid aan taken adequaat voor patiënten, met over het algemeen complexe dossiers, uit te voeren (dit punt wordt nader uitgewerkt in de volgende paragraaf over de kwaliteit van medische zorg).
  - d. Binnen de klinieken zijn de forensisch gespecialiseerde psychotherapeuten en vaktherapeuten ondervertegenwoordigd. Dit is opmerkelijk omdat de kern van de behandeling bestaat uit specialistische forensische (delictgestuurde) psychotherapie.
  - e. De psychologen en psychiaters besteedden een onevenredig groot deel van hun werk aan administratieve taken. Beleidsoverleg en rapportages Pro Justitia namen daarvan het grootste deel voor hun rekening. Hierdoor werd de hoeveelheid tijd die beschikbaar was voor de uitvoering van activiteiten in het kader van de zorgprogramma's sterk gereduceerd. De verhouding tussen administratie en overleg enerzijds en direct patiëntgebonden contact anderzijds is op zijn best gelijk verdeeld. Vaak echter nam administratie een nog groter deel van de tijd in.

### 3.4 De resultaten over de medische en farmacotherapeutische zorg

Bij het onderwerp “medische en farmacotherapeutische zorg” formuleerde de inspectie acht deelonderwerpen en - vragen; deze gaan doorgaans over de achterliggende structuur- en proceskenmerken van het beleid over de medische en farmacotherapeutische zorg die de Tbs-klinieken aan de patiënten bieden.

1. *Omvang Medische dienst:*  
Hoeveel daadwerkelijke uren beschikbaarheid zijn huisartsen en verpleegkundigen aan de Medische dienst verbonden? Welke taken vervult de Medische dienst en hoe is de verhouding tussen de personele omvang en de te onderscheiden taken?
2. *Toegankelijkheid van medische zorg:*  
Hoe verloopt de toegeleidingsprocedure als een patiënt lichamelijke klachten ontwikkelt en medische zorg nodig is?
3. *Medische Informatieoverdracht:*  
In hoeverre is er sprake van een adequate informatie-uitwisseling en overdracht tussen de verschillende medewerkers van de Medische dienst en de overige medewerkers? Als er verschillende dossiers zijn hoe verloopt dan de onderlinge informatie-uitwisseling?
4. *Vermindering van het risico op de ontwikkeling van lichamelijke co-morbiditeit:*  
Heeft de Tbs-kliniek een beleid ontwikkeld en vastgelegd waarin het risico op het ontwikkelen van lichamelijke co-morbiditeit en het preventiebeleid dat zich richt op vermindering van co-morbiditeit worden omschreven? Welke preventieve activiteiten worden er uitgevoerd? Wie voeren dit uit?
5. *Farmacotherapeutisch overleg:*  
Vindt er een regelmatig Farmacotherapeutisch Overleg plaats waarin artsen en apotheker informatie uitwisselen over risico's in het medische en farmacotherapeutische beleid (inclusief het proces van medicatiedistributie), onder andere aan de hand van signaleringen van de apotheker? In hoeverre wordt dit overleg benut om het medische en farmacotherapeutische beleid bij te stellen?
6. *Voorschrijfbeleid van medicatie:*  
Beschikt de Tbs-kliniek over een geneesmiddelenformularium? Wordt dit document periodiek bijgesteld? In hoeverre wordt het formularium gebruikt voor het maken van afspraken over het voorschrijfbeleid van geneesmiddelen?
7. *Medicatieoverzicht:*  
Beschikken de medische dienst en de psychiaters over een actueel medicatieoverzicht? Hoe verloopt de informatie-uitwisseling tussen de Medische dienst en de psychiater(s)?
8. *Uitzetten en toedienen van medicatie:*  
Hoe verloopt het medicatiedistributieproces op de onderdelen van het uitzetten, toedienen en ter hand stellen van medicatie? Vinden er een onafhankelijke check plaats op de uitvoering van deze onderdelen van de distributieketen? Is er een methodiek die verpleegkundigen en sociotherapeuten behulpzaam is bij het melden van fouten in de distributie van medicatie? Hoe zijn de 'meldcultuur' en het behandelen en afhandelen van meldingen?

In onderstaande grafiek staat een overzicht van de getotaliseerde scores voor de verschillende facetten van het beleid over de medische en farmacotherapeutische zorg dat in het toezicht is getoetst. Deze gegevens worden hieronder besproken.



### 3.4.1 Omvang Medische dienst te beperkt voor een constant hoge kwaliteit van zorg

De kwaliteit van de geleverde medische zorg is hoog maar in veel klinieken beperkt aanwezig. In de helft van de klinieken was de huisarts beperkt beschikbaar in relatie tot de totale omvang van medische taken, vier tot zes uur per week. In een aantal klinieken was ook de formatie (fte) verpleegkundigen beperkt, waardoor een aantal taken gebrekkig of niet werd uitgevoerd. Deze betroffen vooral preventieve gezondheidsactiviteiten en systematische aandacht voor risico's op het ontwikkelen van lichamelijke co-morbiditeit.

De artsen en verpleegkundigen onderkennen overigens het belang van periodieke screening en preventieve gezondheidsactiviteiten, maar in de praktijk is hiervoor weinig of geen ruimte beschikbaar. Men richtte zich in ieder geval op de protocollaire uitvoering van lichamelijke screening bij diabetes en bij het gebruik van specifieke medicatie.

In sommige klinieken was de toegeleiding naar de huisarts, mede ten gevolge van de beperkte huisartsbeschikbaarheid, een beslissingsproces dat verliep van de sociotherapeut naar de verpleegkundige en van de verpleegkundige naar de huisarts. Deze verschillende beoordelingsmomenten belemmerden de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskundige zorg. Zij konden daardoor de afhankelijkheid en het ziektegedrag van patiënten onnodig versterken.

### 3.4.2 Preventie lichamelijke co-morbiditeit kan beter

De afgelopen jaren krijgt het probleem van lichamelijke co-morbiditeit bij patiënten in langdurige zorg steeds meer aandacht. Uit veel onderzoek blijkt dat bij patiënten die langdurig op zorg zijn aangewezen er een verhoogd risico is op het ontstaan van diverse ernstige lichamelijke ziekten, waaronder cardiovasculaire aandoeningen, kanker, diabetes mellitus type 2 en het metabool syndroom. Tijdige onderkenning, preventieve activiteiten en behandeling kunnen dit risico aanzienlijk helpen te reduceren.

In geen van de FPC's was er een volledig operationeel beleid dat zich op vermindering van lichamelijke co-morbiditeit richt. Wel hadden vijf klinieken hierover beleid in ontwikkeling of

al voor een gedeelte geïmplementeerd. De medische diensten van de verschillende klinieken hadden overigens aangegeven het risico op co-morbiditeit te onderkennen en het van belang te vinden en namen hierop de nodige actie. Een van de aandachtspunten betrof het uitvoeren van jaarlijkse risicogerichte lichamelijke screening.

### **3.4.3 Kwaliteit medicatiedistributie sterk in de lift**

In de meerderheid van de klinieken waren de afgelopen twee jaar grote verbeteringen aangebracht gehele proces van de medicatieverstrekking, vanaf het moment van het stellen van de diagnose en het voorschrijven van een geneesmiddel tot en met het toedienen of ter hand stellen van farmaca. Er was veel meer aandacht gekomen voor de verschillende risicomomenten die zich tijdens het distributieproces kunnen voordoen en het op basis daarvan invoeren van een verbeterde procesgeleiding. Wel was borging van de medicatiedistributie een nog kwetsbare schakel. In de meeste klinieken was er nog geen systematiek in de praktijk gebracht waarin periodiek meldingen van fouten die zich in het distributieproces voordeden, gemeld, geanalyseerd en direct teruggekoppeld, c.q. besproken werden met de sociotherapeuten, behandelteam en medische dienst.

### **3.4.4 Farmacotherapeutisch overleg nog zwakke schakel in farmacotherapeutisch proces**

In zes klinieken was het farmacotherapeutische overleg (FTO) een zwakke schakel in de zorgketen, omdat het er niet was, in een lage frequentie (eenmaal per jaar) gehouden werd en/of zich beperkte tot logistieke aspecten.

Periodiek overleg tussen apotheker, psychiaters en artsen dient om diverse risico's die zich bij het gebruik van medicatie kunnen voordoen te verminderen of op te heffen. Dit raakt het voorschrijfgedrag van de arts, het signaleren door de apotheek van risicovolle combinaties en de afstemming tussen huisarts, psychiater of andere medisch specialisten over het voorschrijven, wijzigen en eindigen van medicatie. In enkele klinieken werkte het bovendien onnodig complicerend dat de psychiater niet een directe toegang heeft tot Microhis, het elektronische huisartseninformatiesysteem. Hierdoor bestaat het risico dat beide artsen korte of langere tijd van elkaar niet weten welke medicatie zij aan de patiënt hebben voorgeschreven.

## BIJLAGE 1 Algemene toelichting scorekwalificaties

### 1. Toetsingskader Kwaliteitsbeleid

|                                                  | <i>Beleid afwezig</i>                                                                                                                           | <i>Beleid aanwezig</i>                                                                               | <i>Beleid operationeel effectief</i>                                                                                                       | <i>Beleid geborgd</i>                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.1 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem</b> | De kliniek maakt geen gebruik van het HKZ – kwaliteitssysteem                                                                                   | De kliniek maakt gebruik van het HKZ – kwaliteitssysteem                                             | De kliniek maakt zodanig gebruik van het kwaliteitssysteem dat dit management en beroepsbeoefenaren ondersteunt bij de uitvoering van zorg | Er vindt periodiek evaluatie plaats van de bijdrage van HKZ op de kwaliteit / verbetering van de patiëntenzorg                                        |
| <b>1.2 Wetenschappelijk onderzoek</b>            | De kliniek is niet actief betrokken bij wetenschappelijk onderzoek                                                                              | De kliniek neemt actief deel aan wetenschappelijk onderzoek                                          | De kliniek neemt deel aan multicenter wetenschappelijk onderzoek en implementeert de uitkomsten                                            | Er vinden periodieke evaluaties plaats over de vraag hoe de bijdrage van wetenschappelijk onderzoek aan het evidence based werken kan worden vergroot |
| <b>1.3 Vakgroepenoverleg (objectieve kennis)</b> | Er is geen vakgroepenoverleg georganiseerd                                                                                                      | Er is voor sommige disciplines vakgroepoverleg georganiseerd, maar dit vindt niet structureel plaats | Er vindt structureel vakgroepenoverleg plaats voor de meeste disciplines. Dit overleg draagt aantoonbaar bij aan de kwaliteit van zorg     | Er vindt periodieke evaluatie plaats hoe de bijdrage van het vakgroepenoverleg aan de verbetering van zorg kan worden vergroot.                       |
| <b>1.4. Visitatie</b>                            | Er vindt geen visitatie plaats                                                                                                                  | Er vindt beperkt visitatie plaats                                                                    | Er vindt structureel en voor meerdere disciplines visitatie plaats die bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Disciplines:                   | Er vindt periodieke evaluatie plaats hoe de bijdrage van visitatie aan de verbetering van zorg kan worden vergroot.                                   |
| <b>1.5. Kwaliteitscommissies: MIP/FONA;</b>      | In de kliniek beschikt men niet over kwaliteitscommissies, zoals een MIP commissie                                                              | In de kliniek is (bv) een MIP/FONA commissie ingesteld.                                              | In de kliniek is bv. een MIP/FONA commissie werkzaam die door middel van sturing bijdraagt aan de veiligheid en kwaliteit van zorg         | Periodiek wordt geëvalueerd hoe de bijdrage van de MIP/FONA commissie aan de veiligheid en kwaliteit van zorg kan worden vergroot                     |
| <b>1.6. Integriteitsbeleid</b>                   | De kliniek heeft geen duidelijk herkenbaar integriteitsbeleid ten aanzien van seksueel grensoverschrijdend en/of intimiderend gedrag vastgelegd | De kliniek heeft een integriteitsbeleid vastgelegd, maar dit is gebrekkig bekend en geïmplementeerd  | Integriteitsbeleid is vastgelegd en op alle niveaus van de kliniek bekend en maakt deel uit van de cultuur van de kliniek.                 | Periodiek wordt het integriteitsbeleid geëvalueerd om bij te dragen aan de verbetering van het integer professionele handelen van alle medewerkers    |

## 2. Toetsingskader delictgestuurde psychiatrische en psychosociale behandeling

|                                                                                                            | <i>Beleid afwezig</i>                                                                                                                                                                       | <i>Beleid aanwezig</i>                                                                                                                                                                    | <i>Beleid effectief operationeel</i>                                                                                                                                                                                            | <i>Beleid geborgd</i>                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2.1. Zorgvisie</b>                                                                                      | De kliniek heeft geen uitgewerkte zorgvisie                                                                                                                                                 | De kliniek beschikt over een uitgewerkte zorgvisie                                                                                                                                        | De kliniek maakt gebruik van een zorgvisie die voor de medewerkers de referentie is voor de organisatie en uitvoering van zorg                                                                                                  | Periodiek wordt geëvalueerd hoe de bijdrage van de zorgvisie aan de verbetering van de patiëntenzorg kan worden verbeterd                                      |
| <b>2.2. Omvang, opleiding en deskundigheid van personeel</b>                                               | De kliniek heeft geen uitgewerkt en samenhangend beleid over<br>a) vereiste personele omvang,<br>b) taken en verantwoordelijkheden,<br>c) vereiste deskundigheden en opleidingsregistraties | De kliniek werkt slechts gedeeltelijk met een beleid mbt<br>a) vereiste personele omvang,<br>b) taken en verantwoordelijkheid en,<br>c) vereiste deskundigheden en opleidingsregistraties | De kliniek werkt consistent en volledig met een personele omvang, taak- en verantwoordelijkheidstoedeling en deskundigheid die in overeenstemming zijn met een beleid dat leidt tot verantwoorde uitvoering van zorgprogramma's | Periodiek wordt het uitgevoerde beleid getoetst en geëvalueerd en worden waar nodig verbeteringen ingevoerd                                                    |
| <b>2.3. Zorgprogrammering</b>                                                                              | De kliniek beschikt niet over schriftelijk uitgewerkte zorgprogramma's                                                                                                                      | De kliniek beschikt over twee of meer uitgewerkte zorgprogramma's die een uitwerking bieden van multidisciplinaire richtlijnen en die bedoeld zijn voor resp. doelgroepen,                | De medewerkers zijn bekend met en werken conform 2 of meer zorgprogramma's die een uitwerking bieden van multidisciplinaire richtlijnen en bedoeld zijn voor resp. doelgroepen,                                                 | Er wordt conform de zorgprogramma's gewerkt en de programma's worden periodiek getoetst op effectiviteit en zo nodig bijgesteld                                |
| <b>2.4. Interdisciplinaire samenwerking</b>                                                                | Interdisciplinaire samenwerking maakt niet of onvoldoende onderdeel uit van de behandeling                                                                                                  | Interdisciplinaire samenwerking maakt incidenteel/op adhoc basis onderdeel uit van de behandeling                                                                                         | Interdisciplinaire samenwerking maakt structureel onderdeel uit van de behandeling                                                                                                                                              | Periodiek wordt het effect van interdisciplinaire samenwerking op de kwaliteit van de patiëntenzorg geëvalueerd en waar nodig worden veranderingen doorgevoerd |
| <b>2.5. Beleidsvisie m.b.t. (reductie van) gedwongen insluiting van patiënten ter afwending van gevaar</b> | De kliniek heeft geen beleidsvisie op het plaatsen in separeer /isoleer o.b.v. het gevaarcriterium                                                                                          | De kliniek heeft een beleidsvisie op het plaatsen in separeer /isoleer o.b.v. het gevaarcriterium                                                                                         | De beleidsvisie is bekend bij medewerkers en is sturend voor hun handelen; er worden waar mogelijk toenemend en systematisch andere mogelijkheden dan insluiting toegepast                                                      | De beleidsvisie wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld aan de hand van opgedane ervaringen en <u>registraties</u> van insluitingen e.a.            |
| <b>2.6. Delictgestuurde behandeling</b>                                                                    | De kliniek biedt geen delictgestuurde behandeling                                                                                                                                           | De kliniek biedt incidenteel of voor een enkele doelgroep delictgestuurde behandeling                                                                                                     | De kliniek biedt systematisch en consistent een delictgestuurde behandeling waarbij systematisch gestructureerde instrumenten worden ingezet                                                                                    | Periodiek wordt het effect van de delictgestuurde behandeling geëvalueerd en waar nodig worden verbeteringen ingevoerd                                         |
| <b>2.7. Toetsing van risicotaxatie (o.a. bij transmurale verlof)</b>                                       | De kliniek beschikt niet over een beleid waarin het beleid van het toetsen van verlof van de patiënten is                                                                                   | De kliniek beschikt over een beleid waarin het beleid van het toetsen van verlof van de patiënten is                                                                                      | De kliniek initieert transmurale behandeling en verlofprocedures op basis van een systematische                                                                                                                                 | Er vindt systematische evaluatie en toetsing plaats van elke uitgevoerde transmurale zorg en van elk verlof op basis waarvan zo nodig                          |

|  |            |                                                                                                              |                                                                      |                             |
|--|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  | beschreven | beschreven. Dit beleid includeert het systematisch gebruik van risicotaxatie en risicotaxatie - instrumenten | risicotaxatie waarin gestandaardiseerde instrumenten worden gebruikt | het beleid wordt bijgesteld |
|--|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

### 3. Toetsingskader Medische en farmacotherapeutische zorg

|                                                                              | <i>Beleid afwezig</i>                                                                                                                                                                                | <i>Beleid aanwezig</i>                                                                                                                                                                   | <i>Beleid operationeel effectief</i>                                                                                                                                                                             | <i>Beleid geborgd</i>                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.1.1. Omvang, opleiding en deskundigheid Medische dienst</b>             | De kliniek heeft geen uitgewerkt en samenhangende beleid over<br>a) vereiste personele omvang,<br>b) taken en verantwoordelijkheden,<br>c) vereiste deskundigheden en opleidingsregistraties         | De kliniek werkt slechts gedeeltelijk met een beleid over<br>a) vereiste personele omvang,<br>b) taken en verantwoordelijkheden,<br>c) vereiste deskundigheden en opleidingsregistraties | De kliniek werkt consistent en volledig met een personele omvang, taak- en verantwoordelijkheidstoedeling en deskundigheid die in overeenstemming zijn met een beleid dat verantwoorde medische zorg ondersteunt | Periodiek wordt het uitgevoerde beleid getoetst en geëvalueerd en worden waar nodig verbeteringen ingevoerd                                                               |
| <b>3.1.2. Toegankelijkheid Medische zorg</b>                                 | De kliniek heeft geen beleid om de toegankelijkheid van de medische zorg te realiseren                                                                                                               | De kliniek heeft een beleid dat zich richt op het vergroten van de toegankelijkheid van de medische zorg maar dit wordt niet of gedeeltelijk uitgevoerd                                  | De kliniek voert systematisch beleid dat zich richt op vergroting van de toegankelijkheid van medische zorg door te actief voorzien in randvoorwaarden tijdens en buiten kantooruren                             | Periodiek vindt er evaluatie aan de hand van registratiegegevens plaats die bijdraagt aan de verbetering van het beleid om de toegankelijkheid te vergroten               |
| <b>3.1.3. Uitvoering medische zorg gericht op reductie van comorbiditeit</b> | Er is geen beleid over basis en specialistische medische en verpleegkundige zorg die zich richt op de reductie van comorbiditeit                                                                     | De kliniek heeft een betreffend beleid over medische en verpleegkundige zorg maar dit wordt maar gedeeltelijk en niet systematisch uitgevoerd                                            | De kliniek richt zich systematisch op het reduceren van comorbiditeit door periodieke gerichte somatische screening en preventie                                                                                 | Periodiek vindt er een evaluatie plaats aan de hand van registratiegegevens die bijdraagt aan een versterking van het preventieve medische beleid                         |
| <b>3.2.1. Farmacotherapeutisch overleg</b>                                   | De kliniek heeft geen farmacotherapeutisch overleg                                                                                                                                                   | De kliniek heeft een structureel farmacotherapeutisch overleg                                                                                                                            | De kliniek heeft een structureel farmacotherapeutisch overleg met een formulair waarvan alleen met argumenten wordt afgeweken                                                                                    | Er vindt structureel overleg plaats dat leidt tot handhaven en zonodig bijstellen van het formulair                                                                       |
| <b>3.2.2. Voorschrijfbeleid geneesmiddelen</b>                               | Er is geen uitgewerkt beleid en procedure voor het voorschrijven van geneesmiddelen met betrekking tot de soort medicatie, alsmede hoe vaak, hoe lang, hoeveel en door wie deze wordt voorgeschreven | De kliniek werkt niet systematisch met een instellingsbreed voorschrijfbeleid                                                                                                            | De kliniek werkt systematisch en volledig met een voorschrijfbeleid over welke medicatie hoe vaak, hoe lang, hoeveel en door wie wordt voorgeschreven                                                            | Er vindt periodieke evaluatie plaats van het voorschrijfbeleid dat waar nodig leidt tot verminderingen van risico's in de uitvoering van het farmacotherapeutische beleid |
| <b>3.2.3. Medicatieoverzicht</b>                                             | Er is geen beleid waarin de vastlegging van voorgeschreven, gewijzigde, in dosering aangepaste of beëindigde medicatie is geregeld                                                                   | De kliniek heeft een beleid waarin de vastlegging van het voorschrijven, wijzigen en stoppen van medicatie is geregeld.                                                                  | De medewerkers zijn bekend werken conform het beleid.                                                                                                                                                            | Periodiek wordt het beleid geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.                                                                                                            |

|                                              |                                                                         |                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.2.4.<br/>Uitzetten van medicatie</b>    | Er is geen werkwijze vastgelegd voor het uitzetten van geneesmiddelen   | Afspraken over het uitzetten en verstrekken van geneesmiddelen zijn vastgelegd, maar worden niet consequent nageleefd       | Het uitzetten en verstrekken van geneesmiddelen vindt plaats door personeel dat hierin geschoold en bekwaam is en verloopt volgens vastgestelde werkwijzen | Het uitzetten en verstrekken van geneesmiddelen wordt regelmatig geëvalueerd aan de hand van registratiegegevens en indien nodig vindt bijstelling plaats |
| <b>3.2.5.<br/>Ter hand stellen medicatie</b> | Er is geen werkwijze vastgelegd voor het ter hand stellen van medicatie | De kliniek heeft de werkwijze voor het ter hand stellen van medicatie vastgelegd, maar deze wordt niet consequent nageleefd | Het ter hand stellen van medicatie vindt plaats door personeel dat hierin geschoold en bekwaam is en verloopt volgens vastgestelde werkwijzen              | Het ter hand stellen van medicatie vindt plaats door personeel dat hierin geschoold en bekwaam is en wordt periodiek geëvalueerd en verbeterd             |
| <b>3.2.6.<br/>Toedienen van medicatie</b>    | Er is geen werkwijze vastgelegd voor het toedienen van medicatie        | De kliniek heeft een werkwijze voor het toedienen van medicatie vastgelegd maar deze wordt niet consequent nageleefd        | De toediening van medicatie door personeel dat hierin geschoold en bekwaam is en verloopt volgens vastgestelde werkwijzen                                  | Periodiek evalueert de kliniek het beleid betreffende het toedienen van medicatie en voert zo nodig verbeteringen in                                      |

**BIJLAGE 2. Overzicht van de beoordelingen per kliniek en per toezichtonderwerp**

| Kliniek                                                                        | Kijvelanden | Veldzicht | Oostvaarder<br>skliniek | Hoeve<br>Boschoord | Mesdag | Oldenkotte | Rooyse<br>Wissel | Pompe-<br>stichting | v.d. Hoe-<br>venkliniek | Totaal | %   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-------------------------|--------------------|--------|------------|------------------|---------------------|-------------------------|--------|-----|
| <b>Kwaliteitsbeleid</b>                                                        |             |           |                         |                    |        |            |                  |                     |                         |        |     |
| Kwaliteitssysteem/-<br>beleid                                                  | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| waarvan operationeel                                                           | X           |           |                         | X                  |        |            | X                | X                   | X                       | 5      | 56  |
| Wetenschappelijk<br>onderzoek                                                  | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| waarvan operationeel                                                           | G           | X         |                         |                    | X      |            | X                | X                   | X                       | 6      | 67  |
| Vakgroepoverleg                                                                | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| waarvan operationeel                                                           | X           |           | X                       |                    | X      | X          |                  |                     | X                       | 5      | 56  |
| Visitatie                                                                      | X           |           | -                       |                    | X      |            |                  |                     | X                       | 3      | 38  |
| Waarvan operationeel                                                           |             |           | -                       |                    | X      |            |                  |                     | X                       | 2      | 25  |
| MIP/FONA commissie                                                             | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| waarvan operationeel                                                           | X           |           | G                       | X                  |        |            | X                |                     |                         | 4      | 44  |
| Integriteitsbeleid                                                             | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                |                     | X                       | 8      | 89  |
| waarvan operationeel                                                           | G           |           | X                       | X                  | X      |            |                  |                     | X                       | 5      | 56  |
| <b>Delictgestuurde<br/>psychiatrische en<br/>psychosociale<br/>behandeling</b> |             |           |                         |                    |        |            |                  |                     |                         |        |     |
| Zorgvisie                                                                      | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| waarvan operationeel                                                           | G           |           |                         | X                  | X      | X          | X                | X                   | G                       | 7      | 78  |
| Omvang,<br>deskundigheid<br>personeel                                          | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| waarvan operationeel                                                           | X           |           |                         |                    |        |            |                  | X                   | X                       | 3      | 34  |
| Zorgprogrammering                                                              | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| Waarvan operationeel                                                           | X           |           |                         |                    |        |            |                  |                     | X                       | 2      | 23  |
| Multidisciplinaire<br>samenwerking                                             | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| Waarvan operationeel                                                           | X           |           | X                       | X                  | X      |            | X                | X                   | X                       | 7      | 78  |
| Beleidsvisie<br>gedwongen insluiting                                           | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| Waarvan operationeel                                                           | X           | X         | X                       |                    | G      | X          | X                | X                   | G                       | 8      | 89  |
| Delictgestuurde<br>behandeling                                                 | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| Waarvan operationeel                                                           | X           |           | X                       | X                  | X      |            | G                | X                   | G                       | 7      | 78  |
| Toetsing risicotaxatie<br>bij verlof                                           | X           | X         | X                       | X                  | X      | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| waarvan operationeel                                                           | G           | X         | G                       |                    | X      | G          | X                | X                   | G                       | 8      | 89  |
| <b>Medische en<br/>farmaceutische zorg</b>                                     |             |           |                         |                    |        |            |                  |                     |                         |        |     |
| Omvang,<br>deskundigheid                                                       | X           | X         | X                       |                    | X      | X          | X                | X                   | X                       | 8      | 89  |

| Kliniek                                                     | Kijvelanden | Veldzicht | Oostvaarder<br>skliniek | Hoeve<br>Boschoord | Mesdag   | Oldenkotte | Rooyse<br>Wissel | Pompe-<br>stichting | v.d. Hoe-<br>venkliniek | Totaal | %   |
|-------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-------------------------|--------------------|----------|------------|------------------|---------------------|-------------------------|--------|-----|
| medische dienst<br>Waarvan operationeel                     | X           | X         |                         |                    | X        |            |                  | X                   | X                       | 5      | 56  |
| Toegankelijkheid<br>medische zorg<br>waarvan operationeel   | X           | X         | X                       | X                  | X        | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| Beleid reductie<br>comorbiditeit<br>waarvan operationeel    | X           | X         | X                       |                    | X        |            | X                | X                   |                         | 6      | 67  |
| Informatieoverdracht<br>Waarvan operationeel                | X           | X         | X                       | X                  | X        | X          | X                | X                   |                         | 8      | 89  |
| Farmacotherapeutisch<br>overleg<br>waarvan operationeel     |             | X         |                         | X                  | X        | X          | X                | X                   | X                       | 7      | 78  |
| Voorschrijfbeleid<br>geneesmiddelen<br>waarvan operationeel | X           | X         | X                       | X                  | X        |            | X                | X                   | X                       | 8      | 89  |
| Medicatieoverzicht<br>waarvan operationeel                  | X           | -         | X                       | X                  | X        | -          | X                | X                   | X                       | 7      | 100 |
| Uitzetten van medicatie<br>waarvan operationeel             |             | X         | X                       | X                  | X        | X          | X                | X                   | X                       | 8      | 89  |
| Ter hand stellen<br>medicatie<br>waarvan operationeel       | X           | X         | X                       | X                  | X        | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| Toedienen van<br>medicatie<br>waarvan operationeel          | X           | X         | X                       | X                  | X        | X          | X                | X                   | X                       | 9      | 100 |
| <b>Totaal aanwezig</b>                                      | 21<br>(91%) | 21(95%)   | 21(95%)                 | 20(87%)            | 23(100%) | 19(87%)    | 22(96%)          | 21(91%)             | 21(91%)                 |        |     |
| <b>Waarvan operationeel</b>                                 | 18(78%)     | 8 (36%)   | 11(50%)                 | 8 (35%)            | 18(78%)  | 7(32%)     | 14(61%)          | 14(61%)             | 20(90%)                 |        |     |

- : onderwerp is niet beoordeeld

G : Geborgd beleid