

TBS-PLAATSEN IN PENITENTIAIRE INRICHTINGEN

TBS-PLAATSEN IN PENITENTIAIRE INRICHTINGEN

- eindrapport -

drs. E.J.P. Desain
drs. M. Brink
dr. C.C. Koning

Amsterdam, januari 2008
Regioplan publicatienr. 1500

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 - 5315315
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan
Beleidsonderzoek in opdracht van het WODC.

VOORWOORD

Met ingang van 1 januari 2006 zijn door omvorming van 275 plaatsen in het gevangeniswezen 148 tbs-plaatsen gecreëerd. In samenwerking met het gevangeniswezen zijn in zes penitentiaire inrichtingen afdelingen ingericht als volwaardige tbs-voorziening conform de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (BVT). In totaal zijn vier tbs-klinieken betrokken bij deze projecten.

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Justitie heeft RegioPlan Beleidsonderzoek gevraagd de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen te evalueren. Voor u ligt het verslag van deze studie.

Een woord van dank gaat uit naar medewerkers en patiënten op de projectlocaties en de bijbehorende moederklinieken. Beide groepen hebben kans gezien om binnen de reguliere werkzaamheden tijd vrij te maken om deel te nemen aan de gevraagde onderzoeksactiviteiten en met ons uitgebreid van gedachten te wisselen. Bij de project- en tbs-locaties die deelnamen aan het onderzoek, heeft ons niet alleen de flexibiliteit en bereidwilligheid getroffen, maar ook hun gastvrije ontvangst.

De begeleidingscommissie 'Evaluatie tbs-capaciteit in het gevangeniswezen' heeft het onderzoek op een prettige wijze begeleid. Wij danken daarvoor:

- prof. dr. B.C.M. Raes (hoogleraar Forensische Psychiatrie en voorzitter begeleidingscommissie);
- mevrouw drs. R. Geense (ministerie van Justitie, DJI) vanaf juni 2007;
- mevrouw drs. L. Krieckaert (FBC Oostvaarderskliniek);
- drs. M. Kruissink (ministerie van Justitie, WODC);
- mevrouw drs. J. Kuyvenhoven (ministerie van Justitie, DJI) tot juni 2007;
- dr. P. Osinga (ministerie van Justitie, Directie Sanctie en Preventiebeleid);
- drs. K. Vaartjes (Penitentiair Selectie Centrum, PI Haaglanden / Scheveningen).

We danken met name de heer Maurits Kruissink voor de constructieve wijze waarop hij vanuit het WODC het onderzoek heeft ondersteund.

Het onderzoek is binnen RegioPlan uitgevoerd door Lisette Desain, Marjolein Brink en ondergetekende.

Amsterdam, januari 2008

Carolien Koning
projectleider

INHOUDSOPGAVE

Managementsamenvatting	I
Management Summary	V
1 Inleiding	1
1.1 Inleiding.....	1
1.2 Onderzoeksvragen en opzet van het onderzoek.....	2
1.3 Leeswijzer	8
2 Projectbeschrijvingen	9
2.1 Overzicht van de projecten	9
2.2 Project Wolvenplein	12
2.3 Project Overmaze	20
2.4 Project Grave	27
2.5 Project Grittenborgh.....	35
2.6 Project Vught, Nieuw Vossenveld.....	42
2.7 Project De Corridor	51
3 Relevante documenten	61
3.1 LBHIV.....	61
3.2 Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming....	62
3.3 Inspecties (ISt en IGZ).....	63
3.4 Samenvattend	64
4 Beantwoording onderzoeksvragen	65
4.1 Onderzoeksvragen.....	65
4.2 Samenvatting en beschouwing	74
4.3 Tot slot	76
Literatuur	79
Bijlagen	81
Bijlage 1 Afkortingenlijst.....	83
Bijlage 2 Uitwerking bevindingen audit.....	85
Bijlage 3 Opbouw van de audit	89

MANAGEMENTSAMENVATTING

Aanleiding

De tbs-sector kent sinds jaren een capaciteitstekort. Vanwege dit tekort wacht een aanzienlijk aantal tbs-gestelden nadat hun detentie is afgelopen, op tbs-behandeling. Dit wachten vindt plaats in een penitentiaire inrichting (pi) en deze tbs-gestelden worden passanten genoemd.

Om op korte termijn de passantenproblematiek het hoofd te bieden zijn begin 2006 zes projecten gestart waarin tbs-capaciteit is gerealiseerd in het gevangeniswezen. Tezamen moesten deze projecten zorgen voor een capaciteitsuitbreiding van 146 plekken. De projecten kennen (voorlopig) een looptijd van zeven jaar, van 1 januari 2006 tot 1 januari 2013.

In opdracht van het ministerie van Justitie heeft RegioPlan voor het WODC onderzocht in hoeverre de penitentiaire inrichtingen geschikt te maken zijn voor de verpleging/behandeling van verschillende doelgroepen tbs-gestelden. Daarnaast is onderzocht in hoeverre de tbs-verpleging/behandeling daadwerkelijk is te verwezenlijken in de daarvoor aangepaste penitentiaire inrichtingen. Ook moest de vraag worden beantwoord in hoeverre de capaciteitsuitbreiding in de pi de passantenproblematiek heeft opgelost. RegioPlan heeft de volgende vormen van dataverzameling ingezet.

1. inventarisatiefase;
2. audit van de projecten en bijbehorende tbs-klinieken;
3. registratiegegevens verzamelen en analyseren;
4. verdiepende interviews over de projecten en de bijbehorende tbs-klinieken.

Korte beschrijving van de zes projecten

De uitbreiding van tbs-capaciteit heeft in de volgende zes projecten plaats gehad:

Project Wolvenplein

Het project Wolvenplein is een samenwerking tussen de dr. Henri van der Hoevenkliniek en de PI Utrecht (gemeente Utrecht). De tbs-afdeling bevindt zich op het terrein van de pi. Dit project biedt plaats aan twaalf psychotische patiënten. Op de peildatum in het onderzoek was de capaciteit volledig benut met de beoogde doelgroep. De tbs-afdeling in PI Utrecht doet dienst als opnameafdeling.

Project Overmaze

Het project Overmaze is een samenwerking tussen FPC De Rooyse Wissel en PI Limburg-Zuid (gemeente Maastricht). Ook voor deze tbs-afdeling geldt dat ze zich bevindt op het terrein van de PI. De bedoeling van het project was om twintig plaatsen te realiseren vanaf 1 januari 2006 en dat daar vanaf 1 januari

2007 24 plaatsen aan zouden worden toegevoegd. In de praktijk is dit gerealiseerd. Het betreft plekken voor persoonlijkheidsstoorden. Deels gaat het om een opnameafdeling en deels betreft het longstay-plekken.

Project Grave

Project Grave is een samenwerking tussen de FPC De Rooyse Wissel en de PI Noord-Brabant Noord (gemeente Grave). In dit project zijn twintig tbs-plaatsen voor persoonlijkheidsstoorden gerealiseerd. Tien plekken gelden als opnameafdeling. De overige tien plekken zijn voor de doelgroep ongemotiveerde tbs-gestelden.

Project Grittenborgh

Dit project is een samenwerking van de FPC Veldzicht met de PI Noord (gemeente Hoogeveen). In de Grittenborch zijn, zoals beoogd, twintig tbs-plaatsen gerealiseerd: tien plaatsen zijn voor ongemotiveerde tbs-gestelden en tien plaatsen zijn voor tbs-gestelde ongewenste vreemdelingen. De tbs-afdeling bevindt zich in de pi.

Project Vught

Project Vught is een samenwerking tussen de Pompestichting en de PI Vught (gemeente Vught). De beoogde capaciteit van project Vught bedroeg 36 tbs-plaatsen voor zowel een afdeling longstay als een behandelafdeling voor tbs-gestelden met een hoge pcl-r-score. Gedurende de looptijd van het project is de capaciteit uitgebreid. Deze bedraagt nu 48 longstay-plaatsen en 24 behandel/opnameplaatsen. De tbs-afdelingen bevinden zich op het terrein van PI Vught maar hebben hun eigen paviljoens.

Project Corridor

De Corridor is een samenwerking tussen de Pompestichting en de PI Noord-Brabant Noord (gemeente Landerd). De capaciteit bedraagt veertig tbs-plaatsen en de gekozen doelgroep is longstay. De Corridor staat los van de pi en er verblijven geen gedetineerden op het terrein. Van uitbreiding binnen het gevangeniswezen is eigenlijk vanaf het begin af aan geen sprake geweest. Op termijn zal de Corridor officieel overgaan naar de Pompestichting.

Geschiktheid pi voor tbs-verpleging/-behandeling

RegioPlan concludeert dat de pi-omgeving geschikt gemaakt kan worden voor een deel van het tbs-verpleeg/behandeltraject. Het einddoel van tbs-verpleging/behandeling is het terugdringen van het recidiverisico. In het bereiken van dit einddoel zijn twee fasen te onderscheiden, namelijk: een stabilisatie/motivatiefase en een resocialisatiefase. Onder de eerste fase verstaan we aanpassing van gedrag aan de nieuwe omgeving, het vestigen van een stabiel dag- en nachtritme, deelname aan het geboden dagprogramma, het voorkomen van groepsverstoring gedrag, het bevorderen van probleembesef en deelname aan diagnostische procedures en het op indicatie innemen van voorgeschreven medicatie. Na deze eerste fase kan de focus worden verlegd naar de resocialisatiefase. In deze fase worden de interne

vrijheden opgerekt en worden er verlofmogelijkheden ingezet. Ook zijn er in deze fase meer vrijheden voor de tbs-gestelden met betrekking tot het volgen en verrichten van activiteiten en werkzaamheden op het beveiligde terrein. Voor de stabilisatie/motivatiefase biedt een pi een geschikte behandelomgeving omdat het in deze fase gaat om het bieden van structuur, het begrenzen van de tbs-gestelden en het functioneren binnen een groep. In deze fase wordt voordeel behaald met de beperkingen in bewegingsvrijheid en de hogere mate van beveiliging van de pi. Voor het behandeldoel resocialisatie concludeert RegioPlan dat de pi geen geschikte omgeving biedt. Er kan namelijk in een pi-setting onvoldoende worden geoefend met stappen in het verlot en daarbij behorende verantwoordelijkheden. Dit is vanwege de beperkte bewegingsvrijheid in de pi en het lagere voorzieningenaanbod. Uit de conclusie dat een pi-omgeving niet geschikt te maken is voor het gehele verpleeg/behandeltraject, vloeit de voorwaarde van doorstroom voort. Zodra resocialisatie in beeld komt als behandeldoel, moet doorstroom naar een kliniek plaats kunnen vinden.

Geschiktheid doelgroepen

Naast de conclusie dat de pi-omgeving niet geschikt is voor het gehele tbs-verpleeg/behandeltraject, concludeert RegioPlan ook dat de pi-omgeving niet voor elke doelgroep van tbs-gestelden geschikt is. Alleen doelgroepen zoals ongemotiveerde tbs-patiënten, opnamepatiënten (zowel psychotische patiënten als patiënten met een persoonlijkheidsstoornis), tbs-gestelden met verslavingsproblematiek, tbs-gestelden met een hoge pcl-r-score, ongewenste vreemdelingen in tbs en longstay-patiënten die een hoge mate van beveiliging behoeven, zijn geschikt om op een tbs-afdeling in een pi te plaatsen. Dit mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan.

Daadwerkelijke verwezenlijking van tbs-capaciteit

Daarnaast gaat het onderzoeksrapport in op de procesmatige kant van het realiseren van tbs in pi's. Samenvattend kunnen we stellen dat de kwaliteit van de tbs-plekken in de pi's voldoet aan de formele eisen die worden gesteld. De tbs-plaatsen in de pi zijn echter niet of slechts ten dele vergelijkbaar met tbs-plekken in de moederklinieken. Deels gaat het hier om tijdelijke zaken als de opstart van het verpleeg/behandelaanbod, het personeel extra bijscholen en de realisatie van nieuwbouw. Er zijn echter ook structurele aspecten die van invloed zijn op de kwaliteit van de tbs-plekken. Het gaat hier om de beperking in de bewegingsvrijheid en het kleinere aanbod van werkzaamheden en activiteiten door schaalgrootte en door gebouwelijkheid.

Als we kijken naar de mate waarin de zes projecten de passantproblematiek oplossen, moeten we concluderen dat de uitbreiding – met de zes projecten – de problemen aan de poort tijdelijk heeft opgelost. Binnen de tbs-sector blijven echter problemen als groeiende instroom en een stagnerende uitstroom hardnekkig en de werkelijke kern van het probleem. Een deel van de projecten zorgt momenteel al voor een structurele uitbreiding van de tbs-capaciteit, maar extra structurele uitbreiding blijft eveneens noodzakelijk.

MANAGEMENT SUMMARY

Occasion

Since a number of years, the tbs sector¹ has suffered from a lack of capacity. As a result of this deficit, a considerable number of tbs detainees have to wait for tbs treatment after their detention period has ended. While waiting for treatment, these delinquents (also called *passanten*) are detained in a penitentiary institution (pi).

In order to cope with this capacity problem, at the beginning of 2006 six projects have been set up in order to create tbs capacity in the prison system. Together these projects had to provide a capacity increase of 146 places. The (tentative) duration of the projects is seven years, from 1 January 2006 to 1 January 2013.

By order of the Dutch ministry of Justice, Regioplan conducted a research for WODC (Scientific Research and Documentation Centre) on the question to what extent penitentiary institutions can be adapted for (medical) care/treatment of several target groups of tbs detainees.

A subsequent research question was to what extent this (medical) care/treatment could be realised in practice in the penitentiary institutions adapted to this purpose. In addition, the question had to be answered to what extent the capacity increase in the pi has solved the capacity problem.

Regioplan used the following forms of data collection:

1. inventory phase;
2. audit with regard to projects and the relevant tbs clinics;
3. collecting and analysing registration data;
4. in-depth interviews with regard to the projects and the relevant tbs clinics.

Short description of the six projects

The increase of tbs capacity took place in the following projects:

Wolvenplein project

The Wolvenplein project is a cooperation between the Dr Henri van der Hoevenkliniek and PI Utrecht (municipality of Utrecht). The tbs department is located on the premises of the pi. This project accommodates twelve psychotic patients. On the reference date of the research the project's capacity was fully utilised to accommodate the intended target group. The tbs department in PI Utrecht serves as an admission department.

Overmaze project

The Overmaze project is a cooperation between FPC De Rooyse Wissel and PI Limburg-Zuid (municipality of Maastricht). This tbs department is also

¹ Tbs: Dutch penal law procedure for detention under a hospital order of mentally disturbed violent offenders.

located on the premises of the pi. The aim of the project was to have twenty places ready by 1 January 2006 and to subsequently realise 24 more places before 1 January 2007. This objective has been achieved. The places concerned are intended for people with personality disorders. The department is subdivided into an admission ward and a long-stay ward.

Grave project

The Grave project is a cooperation between FPC De Rooyse Wissel and PI Noord-Brabant Noord (municipality of Landerd). In this project twenty tbs places have been created for people with personality disorders. The admission department comprises ten places. The remaining ten places are intended for unmotivated tbs detainees.

Grittenborgh project

This project is a cooperation between FPC Veldzicht and PI Noord (municipality of Hoogeveen). Twenty places have been created, which means that the intended result was achieved. Ten places are intended for unmotivated tbs detainees and the other ten places are meant for undesirable aliens. The tbs department is located within the pi.

Vught project

The Vught project is a cooperation between the Pompe Foundation and PI Vught (municipality of Vught). The intended capacity of the Vught project amounted to 36 tbs places on behalf of both a long-stay department and a treatment department for tbs detainees with a high PCL-R score. During the term of the project the capacity has been increased. At the moment there are 48 long-stay places and 24 treatment/admission places. The tbs departments are located on the premises of PI Vught, but in separate buildings.

Corridor project

The Corridor project is a cooperation between the Pompe Foundation and PI Noord-Brabant Noord (municipality of Landerd). The capacity amounts to forty tbs places and the chosen target group consists of long-stay tbs detainees. The Corridor is detached from the pi building and there are no pi-prisoners on the premises. Expansion within the prison system was never really considered. The Corridor will officially be transferred to the Pompe Foundation.

Suitability pi for tbs (medical) care/treatment

Regioplan concludes that the pi setting can be made suitable for part of the tbs (medical) care/treatment trajectory. The ultimate objective of tbs (medical) care/treatment is to reduce the risk of recidivism. In the process of reaching this goal, two phases can be distinguished, namely: a stabilisation/motivation phase and a resocialisation phase. The first phase is understood to mean adaptation of behaviour to new surroundings, establishing a daily routine, participation in the programme offered, preventing antisocial behaviour, stimulating acknowledgement of problems, participation in diagnostic procedures and taking prescribed medication when this is required. After this

first phase the focus can be shifted to the rehabilitation phase. In this phase tbs detainees are granted more freedom inside the institution and may request permission to go on leave. In this phase tbs detainees are also granted more freedom with regard to participating in (work and other) activities on the secured premises. With regard to the stabilisation/motivation phase pi's offer a suitable treatment environment, because in this phase the focus is on offering structure, setting boundaries, and functioning within a group. In this phase an advantage is gained due to the high degree of security in pi's, and the restricted freedom of movement in pi's. With regard to the treatment purpose 'resocialisation' RegioPlan concludes that pi's do not offer a suitable treatment environment. Due to the limited freedom of movement in the pi's and the low number of available facilities, the pi setting offers insufficient opportunities to practice the various stages of leave-granting, and concomitant responsibilities. This conclusion – that it is not possible to make a pi environment suitable for the entire tbs (medical) care/treatment trajectory – implies that the flow-through of tbs detainees is an important precondition: as soon as the treatment starts to focus on resocialisation, tbs detainees should be enabled to flow-through to a clinic.

Suitability target groups

In addition to the conclusion that the pi environment is not suitable for the entire tbs (medical) care/treatment trajectory, RegioPlan also concludes that the pi environment is not suitable for all the target groups of tbs detainees. Only target groups such as unmotivated tbs patients, admission patients (both psychotic patients and patients with personality disorders), tbs detainees with addiction problems, tbs detainees with a high PCL-R score, undesirable aliens with tbs, and long-stay patients who require a high degree of security, can be placed in a tbs department in a pi, provided that certain conditions are fulfilled.

Actual realisation of tbs capacity

The research report also focuses on the process of realising tbs capacity in pi's. Summarising we can state that the quality of the tbs places in the pi's complies with the stipulated formal requirements. However, the tbs places in the pi's are not or only partly comparable with tbs places in the main clinics. The differences are partly of a temporary nature and have to do with starting up tbs (medical) care/treatment programmes, additional training of personnel and the realisation of new development. However, there are also structural aspects that influence the quality of tbs places. What are concerned here are the limited freedom of movement and the smaller supply of available (work) activities, caused by the smaller scale and physical characteristics of the premises.

If we consider the extent to which the six projects have solved the capacity problem, it must be concluded that the expansion – by means of the six projects – temporarily solved the inflow problems. However, within the tbs sector the problems of increasing inflow and stagnating outflow persist and this forms the core of the problem. A number of projects already provide a

structural increase of the total tbs capacity, however, more structural expansion continues to be necessary.

1 INLEIDING

1.1 Inleiding

De tbs-sector kent sinds jaren een capaciteitstekort. De twee belangrijkste oorzaken daarvoor zijn een groeiend aantal tbs-opleggingen en een toename van de gemiddelde verblijfsduur van tbs-gestelden in de kliniek. Vanwege het capaciteitstekort wacht een aanzienlijk aantal tbs-gestelden op tbs-behandeling. Dit wachten vindt plaats in een penitentiare inrichting (pi). Tbs-gestelden die wachten op een plaats in een tbs-inrichting noemt men tbs-passanten. In 2005 waren er gemiddeld 214 tbs-passanten aanwezig in het gevangeniswezen en bedroeg de gemiddelde wachttijd 282 dagen (ruim negen maanden). In individuele gevallen kan de wachttijd echter oplopen tot tweeënhalf jaar.

Volgens artikel 12 van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (BVT) dient een tbs-gestelde te worden geplaatst binnen zes maanden nadat de termijn van terbeschikkingstelling is ingegaan. De praktijk wijkt op dit punt af van dit wettelijk criterium. In mei 2004 is het voldoen aan de termijn van zes maanden bekrachtigd door een uitspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in de zaak Brand/Morsink.¹

Deze uitspraak van het Europees Hof en de wachttijden voor de tbs-passanten maakten het noodzakelijk om op korte termijn extra capaciteit te realiseren. Met ingang van 1 januari 2006 zijn door omvorming van 275 plaatsen in het gevangeniswezen 148 tbs-plaatsen gerealiseerd.² Vier tbs-klinieken hebben in samenwerking met zes penitentiare inrichtingen afdelingen ingericht als tbs-voorziening.³ Hieronder volgen de zes projecten⁴:

1. *Project Wolvenplein*

Samenwerking dr. Henri van der Hoevenkliniek met de PI Utrecht (gemeente Utrecht): twaalf tbs-plaatsen voor psychotische patiënten.

2. *Project Overmaze*

Samenwerking van de FPC de Rooyse Wissel met de PI Limburg-Zuid (gemeente Maastricht): twintig tbs-plaatsen voor persoonlijkheids-gestoorden (waarvan tien longstay-plaatsen).

3. *Project Grave*

Samenwerking van de FPC de Rooyse Wissel met de PI Noord-Brabant

¹ EHRM, 49902/99, 11 mei 2004.

² Volgens het programma van eisen zijn kamers van tbs-gestelden groter dan cellen in een pi. Bij de omvorming heeft men daarom van 275 plaatsen 148 tbs-plaatsen kunnen maken.

³ D.w.z. Conform de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (BVT).

⁴ In dit onderzoek wordt gesproken over projecten in plaats van pilots, omdat het gaat om projecten die in een afgeronde periode plaatsvinden. Een pilot heeft meer betrekking op een situatie waarin iets wordt uitgetoet. Het project Overmaze lijkt in dat opzicht wel op een pilot, maar toch zal de term project worden gebruikt.

Noord (gemeente Grave): twintig tbs-plaatsen voor persoonlijkheids-gestoorden.

4. *Project Grittenborgh*

Samenwerking van de FPC Veldzicht met de PI Noord (gemeente Hoogeveen): twintig tbs-plaatsen voor persoonlijkheids-gestoorden (waarvan tien plaatsen voor ongewenste vreemdelingen).

5. *Project Vught*

Samenwerking van de Pompestichting met de PI Vught (gemeente Vught): 36 tbs-plaatsen voor persoonlijkheids-gestoorden (waarvan 22 longstay-plaatsen) en twaalf plaatsen voor tbs-gestelden met een hoge pcl-r-score.⁵

6. *Project Corridor*

Samenwerking van de Pompestichting met de PI Noord-Brabant Noord (gemeente Landerd): veertig tbs-plaatsen voor longstay-patiënten.

De projecten kennen (voorlopig) een looptijd van zeven jaar, van 1 januari 2006 tot 1 januari 2013.⁶ In principe kan iedere tbs-gestelde in een project worden geplaatst, mits hij of zij behoort tot de doelgroep van het project.

In opdracht van het ministerie van Justitie heeft RegioPlan voor het WODC de projecten onderzocht. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de opzet van het onderzoek. In paragraaf 1.2 worden de onderzoeksvragen en de aanpak beschreven. In paragraaf 1.3 staat de leeswijzer voor het rapport.

1.2 Onderzoeksvragen en opzet van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek kan als volgt worden geformuleerd:
Het evalueren van de projecten waarin de tbs-capaciteit wordt uitgebreid door plaatsen te creëren in penitentiaire inrichtingen en bezien of hier eventueel bijstellingen nodig of wenselijk zijn. Evaluatie van tot dusver gevoerd beleid is dus een belangrijke doelstelling.

De volgende hoofdvragen worden daarom beantwoord in dit onderzoek:

- a) In hoeverre zijn penitentiaire inrichtingen geschikt te maken voor de verpleging/behandeling van verschillende doelgroepen tbs-gestelden (zoals psychotici, longstay-geïndiceerden, patiënten met persoonlijkheidsstoornis en ongewenste vreemdelingen)?
- b) In hoeverre is de tbs-verpleging/behandeling daadwerkelijk te verwezenlijken in de daarvoor aangepaste penitentiaire inrichtingen, met gebruikmaking van zowel penitentiair personeel als personeel uit tbs-inrichtingen?

⁵ Pcl-r staat voor Psychopathy Check List Revised. Deze plaatsen zijn gecreëerd in het kader van een eerdere pilot ('voorbehandeling', gestart in april 2005), maar moeten in deze evaluatie worden meegenomen.

⁶ Een uitzondering hierop is het project Wolvenplein. Dat project kent een looptijd van twee jaar. In overleg tussen DJI en de Van der Hoevenkliniek zal worden gekeken hoe de overige vijf jaar worden ingevuld.

c) In hoeverre is de passantenlijst verkort?

Op basis van de doelstelling en de hoofdvragen is een groot aantal subvragen geformuleerd. Hierbij is een onderscheid gemaakt in vijf thema's: 1) voorbereiding en implementatie, 2) organisatie en uitvoering, 3) verpleging/behandeling, 4) beleving en 5) veiligheid. Hieronder staan de vragen nader uitgewerkt.

A Voorbereiding en implementatie

A1) Hoe en door wie is het project voorbereid? Wie waren betrokken vanuit de tbs-kliniek en de pi en welke activiteiten zijn ondernomen? Wat was de rol van het DJI hoofdkantoor (tender) en hoe is de pi erop voorbereid, onder andere ook qua infrastructuur, inlichten personeel en gedetineerden?

A2) Hoe, in welke fase en in welke mate zijn patiënten en personeel uit de tbs-kliniek en de betreffende pi geïnformeerd en voorgelicht over het project?

A3) Hoe heeft het proces van selectie en plaatsing van patiënten en personeel plaatsgevonden? Was hierbij sprake van vrijwilligheid ja of nee en welke perspectieven zijn geschetst (tijdelijkheid van de oplossing)? Zijn er ongewenste neveneffecten waar te nemen in deze wijze van selectie en plaatsing bij de handhaving van het vereenvoudigd select plaatsingsbeleid? Zo ja, welke en voor wie?

A4) Hoe en door wie is de opleiding van het personeel uitgevoerd, voor zover het geen uitvoerend personeel van de oorspronkelijk kliniek betreft? Wat zijn de ervaringen van het personeel met deze scholing? Zijn zij naar hun mening voldoende toegerust?

B Organisatie en uitvoering

B5) Hoe is de samenwerking tussen de tbs-kliniek en de pi georganiseerd (denk aan: inzet personeel, overleg en coördinatie, crisissituaties, verantwoordelijkheidsverdeling, bereikbaarheid en beschikbaarheid)?

B6) Hoe heeft de personele bezetting van de verschillende projectlocaties vorm gekregen (qua functie, fte's, opleiding en ervaring)?

B7) Hoe krijgt de aansturing en begeleiding van personeel vorm in het project (coaching, supervisie, inwerkperiode et cetera)? Wat zijn de ervaringen van het personeel hiermee?

B8) Is het realiseren van een tbs-programma binnen de pi uitvoerbaar (qua gebouw, looplijnen, logistiek, leefklimaat, voorzieningen voor therapie, gesprekken, bezoek, afzondering en separatie, bereikbaarheid commissie van toezicht en medezeggenschap tbs-gestelden)?

C Verpleging en Behandeling

C9) Inhoud van de verpleging & behandeling: in hoeverre wordt de verpleging

& behandeling aangeboden volgens plan (denk aan: diagnose, delict-analyse, risicotaxatie, zorgprogrammering en verlobbeleid)? Hoe heeft tbs-verpleging/behandeling op verschillende locaties en bij verschillende doelgroepen vorm gekregen?

- C10) Welke activiteiten en voorzieningen worden er naast de verpleging/behandeling aangeboden voor het dag-, week- en weekendprogramma? Is er sprake van een gedifferentieerd aanbod en met welke frequentie wordt hiervan gebruikgemaakt?
- C11) Voldoet de verpleging/behandeling op de projectlocaties aan de behandelbehoefte van de doelgroep (aard, omvang, frequentie en vertrouwensrelatie met behandelaars)? Is de verpleging/behandeling op de projectlocaties vergelijkbaar met de verpleging/behandeling van die patiëntengroep in de tbs-kliniek van herkomst?

D Beleving tbs-gestelden en personeel

- D12) Hoe wordt de deelname aan het project (perspectief) en de uitvoering van de verpleging/behandeling beleefd door de diverse doelgroepen van tbs-gestelden? (bijvoorbeeld klachten en concepten uit GDS zoals veiligheid, duidelijkheid, autonomie, onderlinge contacten, voorbereiding op terugkeer in samenleving, dagbesteding en activiteiten, zorg en hygiëne).
- D13) Hoe beleeft het personeel de uitvoering van de tbs-verpleging/behandeling? Denk aan tevredenheidsmaten (uit de BASAM) en aan bijvoorbeeld ziekteverzuim en personeelsverloop; zijn die vergelijkbaar met het verzuim en verloop in de tbs-kliniek van herkomst?
- D14) Zijn er tbs-gestelden die volgens de behandelaars juist voor- of nadeel hebben van tbs-behandeling in een penitentiaire omgeving boven die in een tbs-kliniek? In welke opzichten? Waardoor kenmerken deze tbs-gestelden zich?

E Veiligheid

- E15) Hoe staat het met de feitelijke veiligheid van tbs-gestelden op de projectlocaties, in vergelijking met die in reguliere tbs-klinieken? Welke maatregelen zijn getroffen, wat is er geregeld voor calamiteiten, hoeveel incidenten doen zich voor?
- E16) Hoe staat het met de feitelijke veiligheid van het personeel op de projectlocaties, in vergelijking met die in reguliere tbs-klinieken? Welke maatregelen zijn getroffen, wat is er geregeld voor calamiteiten, hoeveel incidenten doen zich voor?
- E17) Welke contacten zijn er tussen tbs-gestelden en gedetineerden en welke reacties roept een dergelijke afdeling op binnen de pi?

Om de geformuleerde onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn de volgende vormen van dataverzameling ingezet.

- I. inventarisatiefase;
- II. audit van de projecten en de bijbehorende tbs-klinieken;
- III. verzamelen en analyseren registratiegegevens;
- IV. verdiepende interviews over de projecten en de bijbehorende tbs-klinieken.

Deze fasen worden hieronder nader toegelicht.

Ad I Inventarisatiefase

Het onderzoek is begonnen met een inventariserende fase om inzicht te verkrijgen in de problematiek van tbs-plaatsen in de penitentiaire inrichtingen. Deze fase bestond uit drie onderdelen:

- a) documentenanalyse c.q. literatuurstudie;
- b) interviews met deskundigen;
- c) interviews met het management van betrokken tbs-klinieken en het management van de betrokken pi's.

Ad a) Documentenanalyse

De beschrijvingen van de projecten, de achterliggende beleidsbrieven en overige relevante rapporten en notities zijn bestudeerd en hebben gediend als input voor de vragenlijsten en het beschrijven van de projecten.

Ad b) Interviews met deskundigen

In januari 2007 zijn zeven oriënterende gesprekken gevoerd met deskundigen over hun visie op tbs-plaatsen in het gevangeniswezen. Hierbij is ingegaan op belangrijke notities en aandachtspunten, voor- en nadelen en kritische succesfactoren voor het welslagen van een dergelijk project. Er is gesproken met vertegenwoordigers van de advocatuur, de Raad voor Strafrechttoepassing, de forensische psychiatrie, de Inspectie voor de Sanctietoepassing, het Openbaar Ministerie, het ministerie van VWS en het ministerie van Justitie (DJI).⁷ In bijlage 2 staat een overzicht van de respondenten.

Ad c) Interviews met het management van betrokken klinieken en betrokken pi's

In januari 2007 is een interviewronde gehouden bij de betrokken tbs-klinieken. Er is face to face gesproken met de bij het project betrokken medewerkers op managementniveau: de directeur en behandelcoördinator van het project. Ook is gesproken met de gevangenisdirecteur. In deze gesprekken stonden de volgende aspecten centraal: de toetsing van resultaten van de interviews met deskundigen en de documentenanalyse, de ervaringen tot nu toe (knelpunten en succesfactoren), voorstellen voor toekomstige verbeteringen in het algemeen en voor een specifieke doelgroep.

⁷ Het was de bedoeling dat ook zou worden gesproken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zij verwezen echter naar het inspectierapport dat zij samen met de Inspectie voor de Sanctietoepassing hebben opgesteld in 2006: *Tbs in het gevangeniswezen*.

Ad II Audit

Verschillen tussen tbs-plaatsen in tbs-klinieken en tbs-plaatsen in de pi's kunnen zowel feitelijke verschillen inhouden als door medewerkers dan wel patiënten beleefde verschillen. Er is daarom gekozen om door middel van een audit zichtbare en feitelijke overeenkomsten en verschillen tussen tbs-klinieken en de bijbehorende projecten in kaart te brengen.

Uitvoering audit

Per project is er één afdeling in de pi en een vergelijkbare afdeling qua omvang en patiëntengroep in de bijbehorende tbs-kliniek bezocht voor een audit. De observatie voor de audit heeft plaatsgevonden aan de hand van een vooraf opgesteld observatieschema. Dit observatieschema is opgesteld op basis van de informatie uit fase I en de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (BVT), het HKZ-schema en het Programma van Eisen (PvE) voor tbs-inrichtingen. In bijlage 3 staat het observatieschema. Gedurende één dag is de onderzoeker meegelopen op één afdeling van het project en één dag in de bijbehorende kliniek. In bijlage 4 staat een beschrijving van de opbouw van een audit. Tijdens de audit is gesproken met verschillende partijen in het project en de kliniek.

Ad III Verzamelen en analyseren registratiegegevens

Om de gegevens uit de voorgaande fasen kwantitatief te onderbouwen en een kwantitatief antwoord te kunnen geven op een aantal geformuleerde onderzoeksvragen zijn registratiegegevens verzameld over de populatie tbs-gestelden in de pi's en over de medewerkers.⁸ De gegevens over de patiënten (leeftijd, geslacht, ziektebeeld, duur tbs, fase tbs, aantal incidenten) zijn verkregen via DJI. De gegevens over de medewerkers (aantal, opleidingsniveau, ziekteverzuim, geslacht, verloop) zijn verkregen via de klinieken.

Ad IV Verdiepende interviews in de klinieken en projecten: de beleving van de medewerkers en patiënten

Voor een zo breed mogelijk beeld van de projecten, zijn ook de meningen van de medewerkers en patiënten betrokken. Dat is als volgt gebeurd.

Medewerkers

In het gevangeniswezen wordt de medewerkerstevredenheid gemeten met de BASAM.⁹ DJI heeft een meting in het gevangeniswezen gehouden in het voorjaar 2007. Het plan was dat RegioPlan zou gebruikmaken van deze gegevens als input voor de beleving van de medewerkers van de projecten in de pi's. Om een vergelijking met de kliniek te kunnen maken, zou RegioPlan zelf de BASAM enigszins aanpassen voor de tbs en uitzetten onder een controlegroep in de betrokken klinieken. De uitkomsten zouden zicht geven op eventuele verschillen en worden besproken in groepsgesprekken in de projecten.

⁸ Het bestand van DJI dient ook als een cohort voor een mogelijke herhalingsmeting in de toekomst.

⁹ Basisvragenlijst Amsterdam.

Het bleek echter dat de respons onder tbs-medewerkers die werkten in de pi's bijzonder laag was. Zij voelden zich niet aangesproken om de BASAM in te vullen, daar DJI niet hun werkgever is, maar de tbs-kliniek.¹⁰ RegioPlan heeft hierdoor geen gebruik kunnen maken van de BASAM. De beleving van de medewerkers is nu uitgevraagd aan de hand van een itemlijst tijdens groeps-gesprekken bij de projecten. Ook zijn de ervaringen tijdens de audits meegenomen. De bevindingen staan beschreven bij de projectbeschrijvingen in hoofdstuk 2.

Patiënten

Ook voor de beleving van de patiënten is een instrument ontwikkeld door DJI: de GDS (Gedetineerden Survey). Het instrument is doorontwikkeld en de validiteit en betrouwbaarheid wordt als voldoende beoordeeld.¹¹ De GDS bestaat uit een aantal vragensets over veiligheid en duidelijkheid, voorbereiding terugkeer samenleving, dagbesteding en activiteiten, onderlinge contacten, zorg en behandeling, autonomie en hygiëne.

RegioPlan heeft de GDS aangepast en uitgezet onder de patiënten in de projecten. Ook is een controlegroep van vergelijkbare patiënten (stoornis, leeftijd, duur verblijf in de tbs, aantal incidenten) in de kliniek benaderd voor de vragenlijst. Een uitzondering hierop is de Rooyse Wissel. Zij hadden zelf in april 2007 de GDS uitgezet. RegioPlan heeft gebruik mogen maken van deze gegevens.

De respons verschilde sterk tussen afdelingen en projecten. Een verslag van de resultaten staat in bijlage 5. De uitkomsten van de GDS hebben gediend als input voor groepsgesprekken met de patiënten in de projecten. De bevindingen zijn opgenomen in de projectbeschrijvingen in hoofdstuk 2.

De groepsgesprekken met medewerkers en patiënten vertonen enige overlap met de audits. Tijdens de audits is namelijk ook gesproken met medewerkers en patiënten.

Kanttekeningen bij de verzamelde data

Bij de interpretatie van de gegevens moet rekening worden gehouden met de volgende aspecten:

- Er is getracht op verschillende manieren zo veel mogelijk informatie te verzamelen over de projecten. In vijf van de zes projecten is echter sprake van meerdere afdelingen, soms met verschillende typen patiënten. Om de projecten niet te overbelasten is er bij de uitvoering van de audits gekozen voor één afdeling. Een audit is namelijk een behoorlijke investering voor de kliniek, de medewerkers en de patiënten. Ook bleek dat er vaak al andere interne en externe onderzoeken liepen, die ook een belasting voor de medewerkers en patiënten vormden.

¹⁰ Op FPC Veldzicht na zijn de overige tbs-klinieken particuliere instellingen.

¹¹ Ministerie van Justitie, DJI. *Gedetineerd in Nederland 2004*. Den Haag, november 2004.

- Sommige afdelingen in de projecten bleken ongeschikt voor een vergelijking met de moederkliniek, omdat er geen vergelijkbare afdeling in de kliniek aanwezig was. Dit geldt met name voor de motivatieafdelingen, maar ook voor de opnameafdelingen bij de Rooyse Wissel, omdat de opnameafdeling in de kliniek is omgevormd tot behandelafdeling.
- Een deel van de projecten was nog sterk in ontwikkeling. Dit geldt met name voor De Corridor en de Rooyse Wissel locatie Overmaze. De verbouwingen waren nog niet afgerond, de status van het personeel nog niet geheel duidelijk. Ook hebben in de loop van het traject deze locaties een permanente tbs-status en is er dus geen sprake van een 'zuiver' project.
- De BASAM heeft niet plaatsgevonden zoals vooraf gepland, waardoor er geen feitelijke vergelijking tussen de medewerkerstevredenheid in de kliniek en in de projecten heeft kunnen plaatsvinden. Er is gewerkt met groepsgesprekken met medewerkers waarin de onderwerpen uit de BASAM mondeling zijn besproken.
- De audits hebben op één afdeling van het project plaatsgevonden. Om toch een zo volledig mogelijk beeld van de projecten te krijgen, is in de groepsgesprekken getracht te spreken met mensen van de verschillende afdelingen.¹² Ook is gesproken met leidinggevend en behandelaren van de verschillende afdelingen in de projecten.

1.3 Leeswijzer

De rapportage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden de projecten beschreven, waarbij aandacht is voor de verschillen met de moederkliniek. In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksvragen beantwoord. In hoofdstuk 4 volgt een algemene beschouwing over de mogelijkheid van tbs-plaatsen in de pi's.

¹² In de Rooyse Wissel hebben de groepsgesprekken echter een iets andere invulling gekregen. In het project in Grave is geen groepsgesprek gevoerd met patiënten, omdat er tegelijkertijd een onderzoek liep naar het effect van motiverende gesprekstechnieken mede ondersteund vanuit DJI. Een groepsgesprek voor dit onderzoek zou hiermee mogelijk negatief interveniëren. Tijdens de audit is een huiskamerbespreking bijgewoond en hebben uitgebreid gesprekken plaatsgevonden met patiënten, waardoor de informatie reeds aanwezig was.

In Overmaze was sprake van een overgangssituatie in alle opzichten. De interne verhuizing had net plaatsgevonden en er was een personeelstekort, waardoor de organisatie van groepsgesprekken niet haalbaar was. Bovendien had net een interne evaluatie plaatsgevonden op basis waarvan veranderingen in de managementstructuur en de begeleiding van de medewerkers zijn ingezet. Ervaringen van de betrokkenen zouden dus betrekking hebben op een niet meer bestaande situatie.

2 PROJECTBESCHRIJVINGEN





In dit hoofdstuk worden de individuele projecten per project op eenzelfde wijze beschreven. Er wordt aandacht besteed aan de wijze waarop aspecten als doelgroep, startdatum, personele bezetting et cetera oorspronkelijk waren beoogd en hoe de situatie op de peildatum (april of juni 2007) ervoor stond. Voor de beschrijving is uit verschillende bronnen geput: de projectplannen, interviews met experts en management, de audits¹ en de metingen ten aanzien van patiënt- en medewerkerstevredenheid.

Het hoofdstuk start met een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de zes projecten en de bijbehorende tbs-klinieken. Vervolgens worden de projecten afzonderlijk beschreven.







2.1 Overzicht van de projecten







In het overzicht worden de belangrijkste kenmerken van de zes projecten en bijbehorende tbs-klinieken gegeven. Het gaat hierbij om de looptijd, de capaciteit, de doelgroep en de personele bezetting. Ook is met symbolen aangegeven of het project in of buiten het pi-gebouw is gesitueerd. Met rondjes is aangegeven of een vergelijkbare groep zich bevindt in de moederkliniek en / of het project. Wanneer zich verschillende doelgroepen bevinden in het project is door middel van een 1 of 2 aangegeven hoeveel doelgroepen overlappen tussen de moederkliniek en het project. De projectsamenvattingen zijn eveneens terug te vinden aan het begin van elke individuele projectbeschrijving.

Legenda:

-  : doelgroepen overlappen niet
-  **1 of 2** : 1 of 2 doelgroepen overlappen
-  : project bevindt zich in het gebouw van de pi
-  : project bevindt zich op het terrein van de pi

¹ Zie voor de uitgewerkte verslagen van de audits bijlage 5.

Project	Beoogde situatie	Huidige situatie
KLINIEK	VAN DER HOEVENKLINIEK	Juni 2007
	1  	
Penitentiare inrichting	PI Utrecht, locatie Wolvenplein Utrecht	Idem
Looptijd	Juni 2006-december 2007	Wordt verlengd tot onbekende datum
Capaciteit	12 plaatsen	12 plaatsen bezet door psychotische patiënten
Doelgroep	Psychotische patiënten (opnameafdeling)	Idem
Personele bezetting	1 hoofd behandeling (psychiater), 1 projectcoördinator, 1 buitendienstmedewerker, 1 blokcoördinator, 16 mensen groepsleiding, werkbegeleiding, creatief therapeuten, docenten (taal, sport et cetera) worden betrokken van de moederkliniek	Idem
Personele bezetting	41 fte, 45 personen	Idem
KLINIEK	DE ROOYSE WISSEL	Juni 2007
	 	
Penitentiare inrichting	PI Limburg-Zuid, locatie Overmaze	Idem
Looptijd	Volgens contract van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2012,	Inmiddels is bekend dat Overmaze een tbs-kliniek wordt en penitentiair psychiatrisch ziekenhuis (ppz)
Capaciteit	44 plaatsen, 20 plaatsen vanaf 1 januari 2006 en de overige 24 vanaf 1 januari 2007	44 plaatsen Vanaf 2008 meer plaatsen (maar dat valt buiten de pilot)
Doelgroep	Opname en longstay, persoonlijkheidsgestoorden	Idem
Personele bezetting	34 sociotherapeuten, 1 hoofd stm, 2 hoofden behandeling, 2 behandelrapporteurs	Idem
KLINIEK	FPI DE ROOYSE WISSEL	Juni 2007
	1  	
Penitentiare inrichting	PI Noord-Brabant Noord, locatie Oosterhoek (Grave)	Idem
Looptijd	1 januari 2006 tot en met 31 december 2011	Idem
Capaciteit	20 plaatsen	20 plaatsen
Doelgroep	In eerste instantie 20 motivatiepatiënten	10 opname, 10 motivatie
Personele bezetting	25 sociotherapeuten, 1 hoofd stm, 1 hoofd behandeling	Idem

Project	Beoogde situatie	Huidige situatie
KLINIEK	FPC VELDZICHT	Juni 2007
	1 	
Penitentiare inrichting	PI Noord, locatie PI De Grittenborgh	Idem
Looptijd	April 2006-2009	Idem
Capaciteit	20	20
Doelgroep	ongemotiveerden (10), ongewenste vreemdelingen (10)	10 ongemotiveerden, 8 ongewenste vreemdelingen
Personele bezetting	1 coördinerend sociotherapeut, 10 medewerkers op motivatie-afdeling, 10 medewerkers op ongewenste vreemdelingen afdeling, 2 werkbegeleiders, 8 uur per week psychiater	1 crisisopname vanuit FPC Veldzicht idem
KLINIEK	DE POMPESTICHTING	April 2007
	2 	
Penitentiare inrichting	PI Vught, Nieuw Vossenveld	Idem
Looptijd	februari 2006- jan 2013	Idem
Capaciteit	36 tbs-plaatsen	48 longstay-plaatsen 24 behandel/opnameplaatsen
Doelgroep	22 longstay-patiënten, 12 behandelplaatsen voor tbs-gestelden met hoge pcl-r-score	35 bezet door longstay-patiënten 23 bezet door opnamepatiënten
Personele bezetting	52 fte	Idem
KLINIEK	DE POMPESTICHTING	JUNI 2007
	2 	
Penitentiare inrichting	De Corridor	Idem
Looptijd	Begin 2006	Definitief
Capaciteit	40	40
Doelgroep	Longstay-patiënten (10 psychotici, 30 persoonlijkheidsgestoorden)	40 (20 psychotici en 20 persoonlijkheidsgestoorden)
Personele bezetting	41 fte	Idem

2.2 Project Wolvenplein

2.2.1 Feitelijke stand van zaken

Peildatum	Juni 2007
Kliniek	Van der Hoevenkliniek
Penitentiaire inrichting	PI Utrecht, locatie Wolvenplein Utrecht
Looptijd	Juni 2006 - december 2007, wordt verlengd
Capaciteit	12 plaatsen
Doelgroep	Psychotische patiënten (opname- en behandelafdeling)
Bezetting (juni 07)	<ul style="list-style-type: none"> • 12 psychotische patiënten
Personele bezetting ²	<ul style="list-style-type: none"> • 1 hoofd behandeling (psychiater) • 1 projectcoördinator • 1 buitendienstmedewerker • 1 blokcoördinator • 16 mensen groepsleiding • Werkbegeleiding, creatief therapeuten, docenten (taal, sport et cetera) worden betrokken van de moederkliniek

Algemeen

Project Wolvenplein is een dependance van de Van der Hoevenkliniek en is gehuisvest in de PI Wolvenplein die deel uitmaakt van de PI Utrecht. Het Wolvenplein is een monumentaal gebouw, bestaande uit vier vleugels van twee verdiepingen met een kelder. De tbs-afdeling is ingericht in één van de vier vleugels.

Er leefde al eerder ideeën bij de Van der Hoevenkliniek om een samenwerking op te zetten met PI Utrecht, maar dan voor passanten. Ook was er contact tussen het Wolvenplein en de kliniek in het kader van activiteiten voor de afdeling met SOV-plaatsen (strafrechterlijke opvang verslaafden). De kliniek heeft gekozen voor het Wolvenplein, omdat deze locatie dicht bij de kliniek ligt (10 fietsminuten). Er kan dan regelmatige uitwisseling met de kliniek plaatsvinden. Pi Utrecht wilde ook een afdeling in Nieuwegein beschikbaar stellen. Dat wilde de kliniek niet vanwege de afstand.

Er is hard gewerkt aan een goede samenwerking tussen de pi en de kliniek. In het eerste jaar is veel tijd besteed aan het wennen aan elkaars manieren, een goede samenwerkingsrelatie opzetten en de cultuurverschillen tussen het gevangeniswezen en de tbs overbruggen. Het tweede jaar is meer ingezet op de inhoud van de verpleging/behandeling en de teambuilding.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit psychotische patiënten die net uit de pi komen. In de praktijk heeft ook één interne overplaatsing plaatsgevonden. De verwachting was dat deze patiënt meer zou worden geactiveerd dan op de individuele afdeling. De patiënt heeft zich goed ontwikkeld in het project.

² Daarnaast is er multidisciplinaire ondersteuning en toetsing vanuit de kliniek, zowel patiëntgericht als inhoudelijk beleid.

Bezetting en capaciteit

De instroom in het project is met ruim een half jaar vertraagd vanwege vertraging bij de verbouwing. Het Wolvenplein is een monument, waardoor het lastig was om een bouwvergunning te verkrijgen. De instroom van patiënten heeft daarom pas tussen juli 2006 en oktober 2006 plaatsgevonden. Vanaf het moment dat er kon worden ingestroomd, zijn de plaatsen volledig bezet geweest. Er was op de peildatum nog geen doorstroom naar de kliniek. Wel hebben twee patiënten inmiddels begeleid verlof.

Personeel

Werving/selectie

Er is voor sociotherapie geworven in de pi, in de kliniek en extern. Dat heeft een gemengde groep opgeleverd. Van de aanmeldingen uit de pi zijn vijf kandidaten geselecteerd. Belangrijke criteria voor deze groep waren affiniteit met de doelgroep en het potentieel om door te groeien tot hbo-niveau. Er zijn zeven medewerkers in de kliniek geworven. Inmiddels is er enig verloop geweest binnen het team. Er zijn nog twee voormalig piw'ers aan het werk op de afdeling en er zijn nieuwe medewerkers van buiten ingestroomd.

Achtergrond

De verdeling man/vrouw is nagenoeg gelijk. Er werken zowel medewerkers met ervaring als nieuwkomers. De medewerkers hebben een verschillende opleidingsachtergrond: psychologie, sph (sociaal pedagogisch hulpverlener) en hbo-v. Er is behoefte aan meer medewerkers met een verpleegkundige achtergrond.

Opleiding

Voor de groepsleiding wordt de eis hbo-niveau gesteld. Met de piw'ers die zijn aangenomen, is daarom afgesproken dat zij voor een vast dienstcontract een hbo-opleiding zullen volgen. Eén voormalig piw'er is hiermee begonnen, de ander twijfelt nog.

Alle nieuwe medewerkers doen mee met de deskundigheidsbevorderende activiteiten die voor alle stafleden worden aangeboden. Ze lopen mee in de kliniek en krijgen een inwerkprogramma van twee jaar, waarin er aandacht is voor psychopathologie, de organisatie en forensische psychiatrie. Er is dagelijkse scholing aan de hand van casuïstiek en intervisie.

Type aanstelling

De piw'ers waren in eerste instantie gedetacheerd voor twee jaar naar de Van der Hoevenkliniek, dus voor de duur van het project. In de praktijk komen de medewerkers die goed functioneren, in aanmerking voor een contract en kunnen ze op een later moment op een andere afdeling worden ingezet. De overige medewerkers hebben dezelfde aanstellingsvoorwaarden als andere medewerkers van de kliniek. Dat betekent dat zij na één jaar een vaste aanstelling krijgen en meedraaien in het jobrotatiesysteem. In de Van der Hoevenkliniek wisselen medewerkers na een vaste periode van afdeling.

Behandeling

De afdeling is een opname- en behandelafdeling. De instroom heeft plaatsgevonden vanuit de pi. In de beginfase was vooral sprake van observatie, het instellen op medicatie en het opstellen van de behandelplannen. Er wordt gewerkt met de methode openheid delict. In de zomer van 2007 was er nog steeds een vrij beperkt therapieaanbod. De patiënten volgen wekelijks een Liebermantraining en er is een gespreksgroep verslaving. Verder zijn er individuele gesprekken met de psychiater. Met sociotherapie worden weekdoelen gesteld. Er is wel behoefte aan meer therapie, maar door het geringe aantal patiënten met verschillende behoeften, is de mogelijkheid tot het bieden van groepstherapieën beperkt.

Er is veel aandacht voor activiteiten zoals arbeid (iedere ochtend), onderwijs, sporten, muziek en crea. Deze activiteiten zijn een belangrijk onderdeel van het behandelingsconcept van de Van der Hoevenkliniek. Het onderwijs bestaat uit beroeps- en basisvorming en wordt gegeven door docenten die dagelijks vanuit de kliniek komen. Ook kan worden gebruikgemaakt van de bibliotheek van de pi.

Nu de meeste patiënten zijn ingesteld op medicatie en zijn gestabiliseerd, blijkt dat een aantal van hen ook lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis. Zij komen nu op een punt dat het beter voor hen is door te stromen naar een leefgroep in de kliniek. Zij kunnen daar meer leren dan in de pi, vanwege de ruimere interactiemogelijkheden en mogelijkheden tot confrontatie met ongewenst gedrag. Het streven is dat de patiënten met alleen een schizofrene stoornis die goed zijn ingesteld, kunnen doorstromen naar een beschermende woonvorm. Hiermee heeft de Van der Hoevenkliniek al lange tijd een samenwerkingsrelatie.

Veiligheid

Zoals in de inleiding is gemeld is de tbs-afdeling in één van de vier vleugels gehuisvest van het Wolvenplein. Binnen de afdeling is geen zichtbare beveiliging. Wel zijn er tralies voor de ramen. Zodra echter de deur naar de pi wordt doorgedaan is de zichtbare beveiliging er wel. Om de pi binnen te komen, moeten de detectiepoortjes piepvrij worden gepasseerd. De nachtbeveiliging wordt verzorgd door de pi. Bij alarm op de tbs-afdeling moeten de andere afdelingen ook assisteren, omgekeerd is dit niet het geval. Het is echter nog nauwelijks voorgekomen dat er alarm was.

2.2.2 Vergelijking tussen het project en de kliniek

Om het project te kunnen vergelijken met de kliniek, is een audit gehouden bij het project en op de afdeling de Doelen I in de kliniek. De Doelen is een afdeling voor psychotische patiënten die groepsgeschikt zijn. De omvang van de groep is vergelijkbaar met die van het Wolvenplein. Een verschil is echter dat op de Doelen de verblijfsduur van de patiënten op de afdeling sterk uiteenloopt en ook de fase waarin de behandeling zich bevindt.

Gebouwelijke omgeving/faciliteiten

Er is een groot verschil tussen de kliniek en het project qua gebouwelijke omgeving. In de Van der Hoevenkliniek is de beveiliging nauwelijks zichtbaar, er zijn bijvoorbeeld geen detectiepoortjes. De entree heeft niets van een gevangenis. De medewerkers dragen geen piepers, wel telefoons. De veiligheid zit in het hele systeem. Patiënten hebben een rol bij het beheersen van de rust op de afdelingen, zij lopen 's nachts ook wacht. De portiers kennen iedereen (staf en patiënten) en weten wie ze naar buiten kunnen laten.

In de pi is de beveiliging wel zichtbaar, maar niet in het project. Er zijn bij binnenkomst detectiepoortjes. De medewerkers dragen piepers en telefoons. De piepers zijn een verplichting vanuit de pi. De bewaking 's nachts wordt gedaan door de piw'ers.

De kliniek heeft een prachtige binnentuin waarvan de meeste patiënten kunnen gebruikmaken. Omdat de grote binnentuin en de omgeving te prikkelrijk voor psychotische patiënten kunnen zijn, beschikt de Doelen over een eigen tuin. In de tuin bevindt zich onder meer een zitje. Er kan een groot deel van de dag gebruik worden gemaakt van de tuin. Het project beschikt alleen over de luchtplaats van de pi: een basketbalveld met gras eromheen, omringd door hekken.

De kamers op het Wolvenplein zijn kleiner dan in de kliniek. Een bijkomend nadeel is dat het sanitair niet is afgeschermd. In de meeste andere projecten is dit aangepast, maar op het Wolvenplein was dit niet mogelijk vanwege de status van monument. In de kliniek hebben de patiënten toilet en douche op de eigen kamer in een afgeschermd ruimte. De gemeenschappelijke ruimte is op beide afdelingen ruim en gezellig. Er kan worden gekookt en er staat een televisie. Op het Wolvenplein dient de gemeenschappelijke ruimte ook voor onderwijs. Voor dit doel staan er computers, die overigens geen internetaansluiting hebben.

De patiënten krijgen door de week eten uit de centrale keuken, waarbij er een groot kwaliteitsverschil is tussen de kliniek en het project. In de kliniek dient de keuken ook als leerwerkbedrijf en wordt op een behoorlijk niveau gekookt. In het project komt het eten uit de pi en dat is van veel mindere kwaliteit.³ In het weekend koken de patiënten op beide locaties zelf.

Dagindeling

De dagindeling komt in grote mate overeen tussen de kliniek en het project. De patiënten in het project worden om 7:00 uitgesloten. In het project worden ze een half uur eerder ingesloten, omdat dit beter aansluit bij de roosters van de pi. Ontbijt, lunch en diner vinden gemeenschappelijk plaats, net zoals het koffiedrinken 's ochtends en theedrinken 's middags. Deelname hieraan is min of meer verplicht.

Na het ontbijt volgt om 8:30/8:45 de dagopening, vervolgens het eigen programma, gezamenlijk koffiedrinken, het eigen programma, de lunch, rust, het middagprogramma, de dagsluiting en de maaltijd. 's Avonds vinden de patiëntenbijeenkomsten plaats waar de weekdoelen worden besproken en

³ De onderzoeker heeft dit zelf kunnen ervaren tijdens de audits.

worden behandelgesprekken gevoerd. Ook worden gezamenlijke activiteiten georganiseerd, zoals een voorlichting of een ontspannende activiteit. In de kliniek gebeurt dit echter op veel grotere schaal dan in het project.

Behandeling

De belangrijkste overeenkomst tussen de kliniek en het project Wolvenplein is dat op beide plaatsen de confrontatie met en het problematiseren van het dagelijks functioneren in de leefgroep het belangrijkste therapeutische middel is. Het belangrijkste verschil tussen de kliniek en het project is de breedte van het aanbod. In de kliniek worden veel meer verschillende therapieën aangeboden. Of een patiënt hiervan gebruik kan maken is echter afhankelijk van de afspraken in het behandelplan. Het aanbod in het project is beperkt om verschillende redenen: de schaal, de fase waarin de behandeling van de patiënten zich bevindt en de beperkte ruimte om trainingen en dergelijke aan te bieden. In het project is gekozen voor een aanbod dat het best past bij de aard van de problematiek van de patiënten. Er wordt daarom een gespreks-groep verslaving en een Liebermantraining aangeboden.

Een deel van de behandelwijze in de kliniek kan (nog) niet worden toegepast in het project. Gevorderde patiënten in de kliniek worden ingezet bij het motiveren van nieuwe patiënten, het kalmeren van patiënten en het bespreken van vorderingen. Doordat de patiënten in het project gelijktijdig zijn gekomen, is deze mogelijkheid er niet. Dit wordt ondervangen door patiënten van de Doelen die in de resocialisatiefase zitten, regelmatig op bezoek te laten komen op het Wolvenplein.

Een andere beperking van het project is dat er intern veel minder oefensituaties zijn aan de hand waarvan kan worden beoordeeld in hoeverre een patiënt vorderingen maakt en een grotere verantwoordelijkheid aankan.

Aanbod van werk en activiteiten

Werk is een belangrijke onderdeel van de behandeling binnen het behandelconcept van de Van der Hoevenkliniek. Het doel is arbeidservaring opdoen en indien nodig een vak leren. In het project zijn twee werkruimten ingericht. Een werkmeester uit de kliniek begeleidt het werk. De werkdienst uit de kliniek werft het werk. Het werk is over het algemeen productiewerk, maar heeft meer inhoud dan het werk dat doorgaans in een pi wordt geboden.

Er wordt in het project 's ochtends gewerkt. In de kliniek werken de patiënten van de afdeling de Doelen doorgaans 's middags omdat het dan rustiger is op de werkplaatsen. De patiënten van andere afdelingen werken 's ochtends.

In het project wordt verder sport aangeboden (driemaal per week), muziek (eenmaal per week) en crea (eenmaal per week). Ook is er een scholingsaanbod, met name gericht op basisvorming aangezien daar de meeste behoefte aan is. Het aanbod in de kliniek is ruimer: er zijn uitgebreide voorzieningen voor opleidingen in onder meer metaal, hout en elektronica. De keuken is een erkend leerbedrijf.

Huisregels

De huisregels zijn nagenoeg gelijk. De regels rond bezoek en post zijn hetzelfde als in de kliniek. In de praktijk zijn er echter wel grote verschillen voor het bezoek. In de kliniek kan de patiënt met zijn bezoek naar de tuin of de gemeenschappelijke ruimte. Er is zelfs een mogelijkheid tot overnachten. In het project mag het bezoek wel op de afdeling, maar niet op de kamers. Er zijn echter weinig rustige plekken waar men met het bezoek kan gaan zitten.

De kliniekraad is een knelpunt. De kliniekraad is een belangrijk orgaan in de kliniek dat betrokken is bij de meeste besluitvorming. De raad komt meer-malen per week bijeen. Formeel zijn de afdelingen met psychotische patiënten niet verplicht een afvaardiging in de kliniekraad te hebben. Dit is afhankelijk van de geschiktheid van de patiënten. Op het Wolvenplein zijn echter wel patiënten die hiervoor geschikt zouden zijn. De verwachting ten tijde van de audit was dat het vanuit het project niet mogelijk is een patiënt op regelmatige basis naar de kliniek toe te laten gaan, zelfs met begeleid verlof. De patiënten blijven toch op de hoogte, doordat met enige regelmaat patiënten uit de kliniek die een verlofstatus hebben, op bezoek komen bij het project om verslag te doen. Eind 2007 blijkt het toch mogelijk om een patiënt van het Wolvenplein deel uit te laten maken van de kliniekraad. Twee patiënten gaan inmiddels via begeleid verlof meermaals per week vanuit het project Wolvenplein naar de kliniek om daar deel te nemen aan behandelingenactiviteiten.

Personeel

In het project werken meer medewerkers op de afdeling dan in de kliniek. In de kliniek staan twee sociotherapeuten en een blokcoördinator op de groep. In het project is er een derde sociotherapeut. Dit is een eis vanuit de pi: met drie sociotherapeuten kan er iemand assisteren op een andere afdeling bij een alarm. Een extra sociotherapeut is ook van belang omdat er geen beroep kan worden gedaan op medewerkers van een andere afdeling. Dit gebeurt in de kliniek wel, wanneer er veel zaken tegelijk moeten gebeuren. Ook kan in het project (nog) geen gebruikgemaakt worden van de inzet van patiënten bij het kalmeren van een patiënt of het naar de separeercel brengen van een patiënt.

2.2.3 Beleving van tbs-gestelden en medewerkers

De tbs-gestelden en de medewerkers in het project zijn bevroegd over hun ervaringen met de pilots. Voor de tbs-gestelden is gebruikgemaakt van een patienttevredenheidsonderzoek en groepsgesprekken. De medewerkers hebben hun mening kunnen geven bij een groepsgesprek. Daarnaast is er zowel met patiënten als medewerkers gesproken tijdens de audit.

Beleving tbs-gestelden

De tbs-gestelden waren over het algemeen teleurgesteld dat zij vanuit de pi in het project terechtwamen en niet naar de kliniek gingen. Zij hadden folders van de kliniek gezien en dat zag er volgens hen goed uit. Uit de enquête komt dan ook naar voren dat de patiënten ontevreden zijn over de gebouwelijke

omgeving. Ze vinden de omgeving niet prettig, dit in tegenstelling tot de patiënten die in de kliniek verblijven. Over de verdere voorzieningen zijn ze gematigd tevreden. Er is voldoende te doen om de tijd door te brengen. Wel klagen enkelingen over de eenvoud van het werk. Anderen vinden dat juist weer prettig.

De bewoners klagen over het eten. Het is doorgaans niet lekker. Ze zijn dan ook tevreden met de mogelijkheid om in het weekend zelf te koken.

De meningen over het verblijf en de behandeling op het Wolvenplein verschillen tussen de patiënten. Sommigen geven aan dat ze blij zijn dat de straf erop zit en dat ze kunnen starten met de behandeling. Ze waren graag naar de kliniek gegaan, maar ze zijn nu tenminste niet meer gedetineerd. Het is aan hen zelf om er het beste van te maken. Anderen zijn negatiever en geven aan dat ze de pi-omgeving een belemmerende factor vinden. Er is volgens hen weinig het verschil met de pi. Zo geeft een patiënt aan *'het belangrijkste verschil met de pi is dat de medewerkers niet in uniform lopen.'* Bij doorvragen blijkt echter dat er toch meer verschillen worden gezien. Zo wordt het gezamenlijk eten gewaardeerd, is er de mogelijkheid tot het volgen van therapie en is er meer recreatie. Wel is er overeenstemming over dat zij sommige sociotherapeuten (nog) onvoldoende deskundig vinden. De patiënten zijn zich er van bewust dat het niet alleen voor henzelf een nieuwe omgeving en situatie was, maar ook voor de groepsleiding. In de kliniek zijn de patiënten veel meer te spreken over de deskundigheid van de groepsleiding. Een deel van de kritiekpunten in het project heeft echter meer met de behandeling te maken dan met de locatie. Een patiënt klaagt erover dat de bezoeregels beperkter zijn dan tijdens zijn verblijf in het huis van bewaring. Ook vindt hij dat de patiënten te veel zelf moeten doen aan het oplossen van hun problemen. De sociotherapeuten ondersteunen de patiënten te weinig in zijn ogen. In de kliniek wordt echter op dezelfde wijze gewerkt en daar zou de patiënt waarschijnlijk tegen vergelijkbare punten aangelopen zijn.

Beleving van medewerkers

De medewerkers hebben zich zelf gemeld voor het werken op de afdeling in de pi. In het begin was het vooral pionieren. Er moest worden gekeken wat er allemaal mogelijk was binnen de pi, met name wat betreft ruimtes die ook door de gedetineerden moesten worden gebruikt, zoals de luchtplaats. In de loop van de tijd is er steeds meer mogelijk gebleken, zoals in de zomer een barbecue op de luchtplaats. De gebouwelijke omgeving ervaren de medewerkers echter nog steeds met enige regelmaat als benauwend.

Het werken in deze setting heeft volgens hen zowel voor- als nadelen. Door het kleine team moeten de individuele medewerkers sneller meer verantwoordelijkheden nemen dan in de kliniek. Dit heeft als gevolg dat zij sneller ingewerkt zijn. Zij hebben meer autonomie dan in kliniek, waar sprake is van meer controle. Door de beperkte omvang is eveneens sneller zicht op de patiënt en zijn problematiek. De groepsleiding ziet meer van een patiënt dan men in de kliniek zouden zien. De beperkte schaal heeft echter ook een keerzijde. Er zijn minder situaties waarin de patiënt kan oefenen dan in de

kliniek. Ook is er een grotere kans op voorspelbare reacties, doordat er steeds sprake is van dezelfde groep mensen (patiënten en groepsleiding). Hierdoor is er een grotere kans op het ontstaan van blinde vlekken. Door multidisciplinaire ondersteuning vanuit de kliniek wordt getracht dit te voorkomen.⁴

Er is regelmatig contact met de kliniek, onder meer per e-mail, maar de medewerkers vinden dat er minder contact is dan wenselijk. De stafvergaderingen worden inmiddels wel beter bezocht vanuit de kliniek, zodat ze daadwerkelijk multidisciplinair zijn. Het beste contact bestaat overigens vooral met de Doelen en de Nicolaï, met vergelijkbare patiënten. Andere afdelingen voelen zich waarschijnlijk minder betrokken bij het project.

De afwezigheid van een tuin wordt als een beperking ervaren. Door het ontbreken van een tuin is er geen buitenruimte waar men een kalmerend gesprek met een patiënt kan hebben. In de moederkliniek werkt dat vaak goed. Eén van de medewerkers vat het werken in de pi als volgt samen: *‘Je voelt je meer opgesloten door de gebouwelijke omgeving, maar je hebt ook meer vrijheid, omdat er minder op je wordt gelet.’*

2.2.4 Samenvatting en conclusies

Het project op het Wolvenplein kende een vertraagde start. Inmiddels zijn de twaalf plaatsen bezet. De behandelplannen zijn opgesteld en twee patiënten startten in september 2007 met begeleid verlof. Het team is ingewerkt en er worden diverse activiteiten geboden. Inmiddels is de Van der Hoevenkliniek er in zeer grote mate in geslaagd het behandelingsconcept en -klimaat van de kliniek ook binnen de context van het project vorm te geven.

De keuze voor de specifieke doelgroep van patiënten met psychotische stoornissen en de relatief beperkte behandelstelling (onder meer stabiliseren van de psychose, ontwikkelen van ziektebesef) bleek goed uitvoerbaar binnen de context van het Wolvenplein.

De afdeling in de pi functioneert dus naar behoren, maar er is een aantal sterke punten en een aantal beperkingen. De punten hebben zowel te maken met de schaal van het project als met de positionering in de pi. Zo is een positief punt onder meer de overzichtelijkheid van de afdeling voor de patiënten. De psychotische patiënten hebben namelijk baat bij een gestructureerde prikkelarme omgeving. De groepsleiding, ondanks een groot aantal nieuwkomers, is snel ingewerkt en kan door de schaal veel aandacht aan de patiënten geven. Er is daardoor vaak snel zicht op de problematiek van de patiënten. Een ander positief punt is de nabijheid van de moederkliniek, zodat er veel contact en uitwisseling van kennis is, zowel tussen medewerkers als patiënten.

Belangrijke nadelen zijn het beperkte aanbod van therapieën en voorzieningen en het gebrek aan oefensituaties in het project om te observeren of de patiënten toe zijn aan meer bewegingsvrijheid en eventueel verlof. Ook het ontbreken van een tuin wordt als een belangrijk gemis ervaren.

⁴ Wekelijks is er stafvergadering waar in multidisciplinair verband de lopende behandelingen worden beoordeeld en behandelingsbeslissingen worden genomen.

2.3 Project Overmaze⁵

2.3.1 Feitelijke stand van zaken

Peildatum	Juni 2007
Kliniek	FPC de Rooyse Wissel
Penitentiaire inrichting	PI Limburg-Zuid, locatie Overmaze
Looptijd	Volgens het contract van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2012, maar inmiddels is bekend dat Overmaze een tbs-kliniek wordt en een zorglocatie vallend onder DJI ⁶
Capaciteit	Volgens de planning 44 plaatsen, 20 plaatsen vanaf 1 januari 2006 en de overige 24 vanaf 1 januari 2007. Vanaf 2008 meer plaatsen (maar dat valt buiten de pilot)
Doelgroep	Opname en longstay, persoonlijkheidsgestoorden. Vanaf eind 2007 ook behandeling
Bezetting (okt 07)	34
Personele bezetting	34 sociotherapeuten 1 hoofd stm 2 hoofden Behandeling 2 behandelrapporteurs

Algemeen

Het project Overmaze kende een goede start en een moeizaam vervolg. Het complex bestaat uit een hoge toren en twee paviljoens. Het was de bedoeling dat de tbs-patiënten zouden worden ondergebracht in de paviljoens. Dat is in eerste instantie ook gebeurd. De paviljoens moesten echter worden verbouwd om echt geschikt te worden gemaakt voor tbs-gestelden. De tbs-gestelden zijn vervolgens eind 2006 overgeplaatst naar de toren. De verbouwing van de paviljoens heeft ruim een half jaar vertraging opgelopen. De totstandkoming van afspraken en het halen van de termijnen in de bouwactiviteiten bleek moeizaam te verlopen. Pas in oktober 2007 is paviljoen A opgeleverd en zijn de opnamepatiënten en patiënten voor de behandelafdeling daar geplaatst. Paviljoen B dient eind 2007 te worden opgeleverd. De toren wordt vanaf januari 2008 ingrijpend verbouwd en krijgt een nieuwe bestemming als zorglocatie. Alle gedetineerden zijn inmiddels overgeplaatst, alleen tien longstay-tbs-gestelden bevinden zich tot eind 2007 nog in de toren. Overmaze wordt een voorziening met 66 tbs-plaatsen: 44 in de paviljoens en 22 op de laagste twee etages. Daarnaast komen 72 plaatsen in de toren als zorglocatie. Het idee voor het project ontstond naar aanleiding van de tender voor de tbs-plaatsen in de pi. De pi had te maken met leegstand en wilde graag samenwerken met de Rooyse Wissel. De samenwerking tussen de kliniek en

⁵ De medewerkers van Overmaze zien de fase waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden als een pilot, gezien de grote veranderingen in de uiteindelijke opzet van het project. Toch hanteren wij de term project in lijn met de andere projecten.

⁶ DJI is bezig met de ontwikkeling van zorgafdelingen binnen de pi. In de onderzoeksperiode leek de naam voor een dergelijke afdeling penitentiair psychiatrisch ziekenhuis te worden. Eind 2007 wordt duidelijk dat het zorgafdeling zal gaan heten. Er zullen vijf van dergelijke locaties komen.

de pi is vanaf het begin goed geweest. De pi stelde zich op het standpunt dat binnen het project de regels van de tbs het uitgangspunt waren. De afstand tussen de kliniek en het project is relatief groot: bijna honderd autokilometers. Het is meer dan een uur rijden.

Doelgroep

In het oorspronkelijke plan was sprake van tien tbs-gestelden voor de opnameafdeling (Aswan) en tien tbs-gestelden voor de longstay-afdeling (Gizeh). Deze aantallen zouden worden verdubbeld in 2007.

Bezetting en capaciteit

Het project zou dus starten met twintig patiënten en doorgroeien naar 44. Deze doorgroei is nog niet gerealiseerd gedurende de looptijd van het onderzoek. Ook zijn andere patiënten dan uit de doelgroep ingestroomd. De nieuwe plaatsen zijn opgevuld met verschillende patiënten, zoals patiënten die wachten op interne doorstroming of op een tweede behandel poging in een andere kliniek. Met het gereedkomen van een deel van de verbouwing in oktober 2007 waren er twaalf opnameplaatsen, twaalf behandelplaatsen en tien longstay-plaatsen.

Personeel

Werving/selectie

Door de afstand tot de kliniek zijn er nauwelijks sociotherapeuten uit de moederkliniek in Venray overgestapt naar het project. Er is extern geworven en onder de piw'ers. Uit de piw'ers die zich hebben gemeld, zijn er vier geselecteerd. Zij hebben in eerste instantie de overstap gemaakt en zijn op detachingsbasis begonnen. Slechts één heeft de definitieve overstap gemaakt, de anderen zijn teruggegaan naar de pi of elders gaan werken. Recent is er opnieuw geworven onder de piw'ers. Piw'ers die in de toekomst graag op de zorglocatie willen gaan werken, kunnen stagelopen op de tbs-afdeling. Ze worden gedetacheerd voor een jaar en doen zo ervaring op in de zorg voor patiënten. Voor deze constructie bestaat veel belangstelling. De meeste medewerkers zijn via wervingscampagnes komen werken. Zij komen uit de verslavingszorg, de psychiatrie of de jeugdzorg. In oktober 2007 liep er weer een uitgebreide wervingsronde, waarbij ook werd gezocht naar behandelaren en bijvoorbeeld een pmt-therapeut (psychomotorische therapie).

Achtergrond

In principe wordt bij de Rooyse Wissel gewerkt met hbo werk- en denkniveau. Piw-ers hebben over het algemeen mbo-niveau. Een junior of 'medior' sociotherapeut kan mbo-niveau hebben, maar voor doorgroei naar senior wordt een hbo-opleiding gevraagd. De meeste sociotherapeuten starten echter met een opleiding op hbo-niveau, net zoals de piw'ers die zijn ingestroomd en zijn gebleven.

De teams bestaan uit veel meer vrouwen dan mannen. Tijdens de audit was deze verhouding 80-20. Er wordt getracht een goede balans te krijgen in de

man-vrouwverhouding. Het verloop onder de mannen is echter groter dan onder de vrouwen. De scheve verhouding wordt als een knelpunt ervaren. Gelet op de inhoud van het werk wordt gestreefd naar een evenwichtig team.

Opleiding

Er is een intern opleidingstraject van drie maanden, waarbij halve dagdelen training en opleiding wordt gegeven in de kliniek in Venray. Het is de bedoeling dat wordt overgegaan tot de methode 'openheid delict', waarin de patiënten openlijk over hun delict spreken en hiervoor de verantwoordelijkheid leren nemen. De medewerkers krijgen daarvoor extra scholingen.

Type aanstelling

De piw'ers waren gedetacheerd tot een maximum van twee jaar. Daarna konden zij besluiten over te stappen naar de Rooyse Wissel. Eén piw'er heeft de overstap gemaakt. De overige zijn afgevallen om verschillende redenen, onder meer omdat het werk niet voldeed aan de verwachtingen en de eisen die werden gesteld, hoog waren. Ook de rechtspositie binnen justitie en het aanbod van ander werk speelden een rol. De overige (niet-piw-)medewerkers zijn in dienst bij de Rooyse Wissel.

Behandeling

De kliniek heeft er in samenspraak met ITZ in eerste instantie voor gekozen patiëntgroepen die nog geen of niet meer veel behandeling krijgen, te plaatsen in Overmaze. Zij achten de pi-omgeving ongeschikt voor een compleet tbs-verpleeg-/behandelaanbod.

Op de opnameafdeling worden de patiënten geobserveerd. In het multidisciplinair overleg wordt een individueel programma voor de patiënt opgesteld. Er wordt een delictanalyse uitgevoerd en een netwerkanalyse gemaakt. De behandelaren komen op vaste dagen vanuit de kliniek. Het project zou graag psychomotorische therapie (pmt) bieden aan de patiënten, maar er is geen ruimte en therapeut beschikbaar.

Tot de opening van paviljoen A werden patiënten voor de daadwerkelijke behandeling overgeplaatst naar de kliniek. Wanneer de patiënten gemotiveerd zijn, verantwoording nemen voor het delict en groepsgeschikt zijn, kunnen ze naar de moederkliniek. Het streven is dat dit binnen drie tot zes maanden gebeurt. In de praktijk bevinden zich ook patiënten langer dan deze periode in het project. Zij voldoen dan nog niet aan de eisen voor overplaatsing naar een behandelafdeling. Na de uitbreiding van de tbs-plaatsen in het project kan worden doorgestroomd naar de behandelafdelingen binnen Overmaze. Het project beschikt dan ook over een eigen behandelstaf.

De longstay-patiënten ontvangen geen behandeling meer. Wel wordt hen verschillende activiteiten geboden. De mogelijkheden hiertoe zijn echter beperkt, met name bij aanvang van het project. Bij overplaatsing naar het nieuwe paviljoen zullen deze patiënten meer bewegingsvrijheid hebben en meer activiteiten tot hun beschikking hebben.

Veiligheid

De pi verzorgt de beveiliging. Er is een centrale meldkamer die alles regelt. Op de tbs-afdelingen zijn de sociotherapeuten en de overige medewerkers van de kliniek de eerstverantwoordelijken voor een veilig en gewenst milieu. Binnen de afdeling bestaat veiligheid vooral uit relationele veiligheid. Het werk van sociotherapie is gericht op het aangaan van contact. De behandeling geeft zicht op het gedrag en de reactie van de patiënt waardoor de patiënt beter kan worden ingeschat en er op tijd kan worden gereageerd.

Zoals eerder beschreven, bevonden de patiënten zich ten tijde van de audit op de vierde etage. Om naar buiten te kunnen, moesten de patiënten en medewerkers gebruikmaken van de lift. De patiënten moesten gebruikmaken van de gedetineerdenlift die door de centrale bewaking werd bediend. Via de portofoon gaven de medewerkers door aan de centrale bewaking dat de deur dicht kon en de lift naar beneden. Dit was redelijk belastend voor de patiënten, omdat zij relatief lang moesten wachten tot de deuren open en dicht gingen en zij hierin geen eigen beslisrecht hadden. Ze moesten altijd wachten tot dat de gedetineerden weg waren. Bovendien werden de patiënten gezien als vreemde eend in de pi in de ogen van de beveiligers. De medewerkers gingen met de personeelslift die zij zelf konden bedienen. Het personeel van de pi moest wel assisteren bij een alarm. De sociotherapeuten hoefden niet te assisteren in het geval van een alarm binnen de pi.

Medewerkers en bezoek moeten piepvrij door de detectiepoortjes bij de ingang van de pi. Ook bij de werkplaatsen staan detectiepoortjes om te beletten dat gedetineerden gereedschap meenemen. In de tbs-klinieken wordt niet op deze manier gewerkt.⁷ De poortjes worden daarom uitgezet als de patiënten komen werken.

De afdelingen hebben een eigen afzonderkamer. Wanneer verblijf in de afzonderkamer niet voldoende is, kan worden gebruikgemaakt van de separeer van de pi. Hiervan is tot juni 2007 eenmaal gebruikgemaakt en dit heeft geen problemen opgeleverd.

2.3.2 Vergelijking tussen het project in de beginfase en de kliniek

De vergelijking tussen het project in Overmaze en de kliniek is gebaseerd op de audit die in mei 2007 is gehouden. Deze informatie is niet meer volledig actueel aangezien het paviljoen inmiddels is verbouwd en eind 2007 de opnamepatiënten daar naartoe zijn verhuisd. Dit paviljoen vertoont meer overeenkomsten met de kliniek en het aanbod wordt completer. Het belangrijkste effect van de verhuizing is dat er minder verschillen zullen zijn tussen de kliniek en de pi. De situatie ten tijde van de audit is echter leidend in de beschrijving.

Gebouwelijke omgeving/faciliteiten

De belangrijkste verschillen tussen het project en de kliniek zitten in de

⁷ Het nemen van eigen verantwoordelijkheid en het leren van gepast gedrag maakt een belangrijk deel uit van de behandeling. De veiligheid wordt gegarandeerd door de interactie tussen sociotherapie en de patiënten en is niet beheersmatig zoals in een pi.

zichtbaarheid van de beveiliging en in de mogelijkheden tot bewegingsvrijheid. Ten tijde van de audit waren de patiënten gehuisvest op de derde en vierde verdieping van de toren. Zij hadden vrij uitzicht over Maastricht. De patiënten konden zich echter alleen vrij op de afdeling bewegen. Om naar de activiteiten of luchtplaats te gaan moest worden gebruikgemaakt van de gedetineerdenlift. Onder geen enkele voorwaarde mochten gedetineerden of familieleden zich zelfstandig door de pi bewegen. Dit is een groot verschil met de kliniek. In de kliniek zijn de verschillende afdelingen gegroepeerd rond het zogenoemde plein, de centrale ruimte van de kliniek met de winkel en de centrale tuin. Afhankelijk van de vrijheden die een patiënt heeft, kan tijdens het pationeren naar dit centrale plein worden gegaan. De voormalige opnameafdeling in de kliniek heeft een eigen tuin, omdat opnamepatiënten doorgaans nog geen vrijheden hebben om naar het plein te gaan.

Ten tijde van de audit beschikte het project niet over een tuin, maar werd er gebruikgemaakt van de luchtplaats van de pi. Er zijn drie naast elkaar gelegen luchtplaatsen met een grasveld en een looproute van asfalt. De opnamepatiënten en longstay-patiënten gebruikten gescheiden luchtplaatsen.

In de nieuwe setting van het project is er veel minder verschil met de kliniek. Paviljoen A beschikt over een eigen mooi aangelegde binnentuin. Er komt nog meer buitenruimte beschikbaar als de verbouwing klaar is.

De kamers in de kliniek en in het project zijn ongeveer even groot en hebben afgeschermd sanitair. In de toren van de pi zijn de douches op de afdeling. De leefruimtes zijn zowel in de kliniek als in de pi neutraal, maar niet ongezellig ingericht. In de toren van de pi was het onhandig voor de sociotherapeuten dat de keukens en de leefruimte van elkaar zijn gescheiden. Dit maakte de situatie soms onoverzichtelijk, omdat de kamers van de patiënten ertussen liggen. Zowel in de kliniek als het project wordt door de patiënten zelf gekookt. De voorzieningen hiervoor zijn ruim voldoende. In het paviljoen zijn de kamers vergelijkbaar met die in de kliniek.

Dagindeling

De dagindeling komt in grote mate overeen tussen de kliniek en het project. Ten tijde van de audit werden de patiënten 's avonds een half uur eerder ingesloten. In het weekend is er een groter verschil. In de kliniek wordt hetzelfde ritme als door de week aangehouden. In de pi worden de patiënten al om 18.00 uur ingesloten. Dit heeft te maken met de bewaking door de pi. In het paviljoen wordt het ritme van de kliniek aangehouden.

Het ontbijt is individueel. De patiënten worden om 8:45 uur verwacht bij de dagopening. Daarna volgen er blokken (werk, therapie, scholing, crea of sport), pationeren, lunch, pationeren, een uur insluiten (alleen de opnameafdeling), middagblokken, dagsluiting, diner en avondprogramma. De lunch en het diner zijn gezamenlijk.

Aanbod van werk en activiteiten

De patiënten kunnen in het project werken en sport, onderwijs en creatieve activiteiten volgen. Voor het werk wordt gebruikgemaakt van de werkplaats in de pi. De arbeid is zeer eenvoudig. Het aanbod van activiteiten is veel minder

breed dan in de kliniek. Vooral het ontbreken van pmt en de voorziening 'groen en dier' worden gemist. Het is de bedoeling dat deze voorzieningen wel bij het paviljoen komen.

Huisregels

In principe zijn de huisregels in het project gelijkgeschakeld aan die van de kliniek. De patiënten mogen kleine huisdieren houden en de kamerinventaris is overal ongeveer gelijk. Het bezoek ervaart echter duidelijk een verschil tussen de locaties. In het project is alleen bezoek in het weekend mogelijk en mag het bezoek niet op de afdeling komen. In de kliniek zijn de bezoekmogelijkheden ruimer. In het nieuwe paviljoen zijn de bezoekmogelijkheden gelijkwaardig aan de kliniek.

In de kliniek is een winkel bij het plein waar de patiënten spullen kunnen kopen. In het project wordt gebruikgemaakt van de lijsten van de pi. Deze lijsten worden gescreend door de sociotherapeuten, zodat er geen porno en dergelijke kunnen worden besteld. Dit is de patiënten niet toegestaan. Een knelpunt is de verwerking van uitgaven van de patiënten. Deze worden centraal bijgehouden, maar met enige vertraging. De patiënt heeft hierdoor geen goed zicht op zijn uitgaven. In de kliniek kunnen de patiënten gebruikmaken van chipknips.

De afdelingen in het project hebben een afgevaardigde voor de patiëntenraad. Deze patiënt wordt naar de moederkliniek gebracht wanneer er een vergadering is (ongeveer eens per twee maanden).

Personeel

Op de afdelingen wordt in de kliniek en het project in principe per dienst dezelfde formatie ingezet. Er is een coördinator, een senior sociotherapeut en twee (medior of junior) sociotherapeuten. In Overmaze zijn de vrouwelijke sociotherapeuten sterk oververtegenwoordigd.

2.3.3 Beleving van tbs-gestelden en medewerkers

De tbs-gestelden en de medewerkers zijn bevroegd naar hun ervaringen met de pilots. Voor de tbs-gestelden in de Rooyse Wissel is gebruikgemaakt van een patiënttevredenheidsonderzoek dat is uitgezet door de kliniek zelf. De medewerkers hebben hun mening kunnen geven tijdens gesprekken en de audit.

Beleving tbs-gestelden

De tbs-gestelden in het project zijn over het algemeen negatief over hun verblijf in het project. De belangrijkste kritiek betreft het voorzieningenniveau. Er is sprake van een beperkt aanbod aan activiteiten en behandeling. Ook vinden zij de bewegingsvrijheid te gering. De bezwaren worden vooral geuit door patiënten die al langer ervaring in een kliniek hebben. De opnamepatiënten hebben vooral problemen met de eenvoud van het werk, zij vinden het geestdodend. Ook het passeren van de detectiepoortjes vinden zij vervelend.

Over de sociotherapie verschillen de meningen. Sommige patiënten zijn tevreden over de houding van de sociotherapeuten. Ze zijn zeer benaderbaar en luisteren naar hen. Over de behandeling zijn zij echter minder tevreden. Door de personeelwisselingen zijn de wachttijden voor afspraken lang en worden afspraken vaak niet nagekomen. De behandeling heeft volgens hen dan ook nog weinig resultaat opgeleverd.

De patiënten vinden dat zij aan het lijntje zijn gehouden over de verhuizing naar de paviljoens en de verbeteringen die daarbij zouden horen. Zij hopen dat de paviljoens ook daadwerkelijk verbeteringen bieden. Er is meer aandacht voor opleiding, communicatie en het inzetten van medewerkers met expertise vanuit de moederkliniek toegezegd door de leiding.

Beleving van medewerkers

Er zijn maar weinig medewerkers die vanaf het begin betrokken zijn bij het project. De medewerkers vinden dat zij niet goed zijn geïnformeerd over het verloop van de verbouwing, steeds werd de datum waarop ze de paviljoens konden betrekken, uitgesteld. Ook heeft de begeleiding te wensen overgelaten, een reden waarom sommige van hun collega's zijn vertrokken. Over de manier waarop de opvang van de patiënten in Overmaze heeft plaatsgevonden, zijn zij niet tevreden. In plaats van een duidelijke keuze voor doelgroepen is het project deels gebruikt als tijdelijk verblijf voor patiënten die zouden worden overgeplaatst. Ook was er nauwelijks ervaring met de groep longstay-patiënten en waren er te weinig voorzieningen voor hen. Alle onzekerheden en het gebrek aan begeleiding kwamen de sfeer en de opbouw van de teams niet ten goede. De medewerkers geven aan hun best te doen er zo veel mogelijk van te maken, maar het verblijf in de toren maakte het niet makkelijk. Zij hopen dat de nieuwe paviljoens nieuwe mogelijkheden bieden.

2.3.4 Samenvatting en conclusie

Gezien de fase waarin het project zich bevindt, zijn er geen eenduidige conclusies te trekken. Het project is gestart als onderdeel van de pi Overmaze, waarbij kon worden gebruikgemaakt van twee aparte paviljoens. Tijdens de verbouwing van de paviljoens zijn de tbs-gestelden ondergebracht in de torens van de pi. In oktober 2007 kon eindelijk paviljoen A betrokken worden, een half jaar later dan gepland. Midden 2007 is tevens duidelijk geworden dat de bestemming van de PI Overmaze verandert. De paviljoens en eerste verdieping krijgen een definitieve tbs-bestemming en de hoogbouw wordt omgevormd tot penitentiair psychiatrisch ziekenhuis. Door de uitbreiding van het aantal tbs-plaatsen kan in de toekomst een volwaardige tbs-verpleging/ behandeling worden geboden. De nieuwe afdelingen lijken in alle opzichten meer op een kliniek dan op een pi. Er is een binnentuin, ruimte om bezoek te ontvangen en een eigen opgang.

Het project kende in de eerste twee jaar veel problemen. De verbouwing heeft grote vertraging opgelopen, waardoor de patiënten onder beperkte omstandigheden zijn gehuisvest. Het aanbod van therapieën was ook beperkt. Zo werd

er geen pmt gegeven omdat een geschikte ruimte ontbrak. Ook de verplaatsingen door het gebouw kenden beperkingen. Verder was sprake van een groot verloop onder het personeel. Hierdoor moest er steeds opnieuw worden gewerkt aan de opbouw van kennis van de medewerkers en het neerzetten van een team. Door de afstand tot de kliniek in Venray zijn er geen ervaren krachten uit de kliniek ingestroomd. Het gevolg is dat er geen goed behandelklimaat kon worden opgezet en de behandeling van opnamepatiënten mogelijk vertraging heeft opgelopen. Het project is lang in de opstartfase blijven hangen. Hierdoor is zowel sprake geweest van onvoldoende kennisoverdracht als voelbare ondersteuning vanuit de moederkliniek. Tevens is bij de opstart de afstand tussen Venray en Maastricht door alle partijen onderschat. Op basis van de ervaringen tot nu toe en met het openen van de nieuwe afdeling wordt er een nieuwe start gemaakt en worden nieuwe mensen aangesteld, zowel bij de leidinggevenden als sociotherapeuten. De toekomst van het project ziet er gunstig uit.

2.4 Project Grave

2.4.1 Feitelijke stand van zaken

Peildatum	Juni 2007
Kliniek	FPC de Rooyse Wissel
Penitentiaire inrichting	PI Noord-Brabant Noord, locatie Oosterhoek (Grave)
Looptijd	1 januari 2006 tot en met 31 december 2011
Capaciteit	20 plaatsen
Doelgroep	In eerste instantie motivatiepatiënten. In de praktijk 10 opnameplaatsen en 10 motivatieplaatsen.
Bezetting (juni 07)	20 plaatsen, 10 opname, 10 motivatie
Personele bezetting	25 sociotherapeuten 1 hoofd stm 1 hoofd behandeling

Algemeen

Project Grave is een dependance van FPC de Rooyse Wissel en is gehuisvest in de PI Oosterhoek te Grave die deel uitmaakt van de PI Noord-Brabant Noord. De Rooyse Wissel heeft in de pi de beschikking over twee afdelingen in unit C op de begane grond, Thebe 1 en Thebe 2. Op de eerste verdieping is een iba gevestigd, waar gedetineerden zijn gehuisvest die extra zorg behoeven.⁸ Er is een eigen toegang naar de afdeling gecreëerd. De patiënten zijn afgeschermd van de andere bewoners. Er is geen onderling contact. Behalve de kerkdiensten vinden alle activiteiten gescheiden plaats. In het begin van het project was de relatie met de pi moeizaam. De tbs-afdelingen zijn maar een klein onderdeel van de pi, waardoor de leidinggevenden van de pi weinig geneigd waren om afwijkingen van de bestaande regels toe te laten.

⁸ Iba = Individuele Begeleidingsafdeling.

Inmiddels is dit geen knelpunt meer. Wel is er een groot verschil in cultuur tussen de tbs en de pi, wat soms leidt tot vervelende situaties voor de patiënten of medewerkers.⁹ Er was al samenwerking tussen de Rooyse Wissel en de PI Grave vanwege de preklinische interventie (pki) en later de preklinische behandeling (pkb). De afstand naar de moederkliniek is goed te bereizen.

Doelgroep

Het project is opgezet als twee motivatieafdelingen voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende gemotiveerd zijn mee te werken aan de behandeling. Niet-gemotiveerde patiënten zijn een groot probleem voor een tbs-kliniek. Ze houden een plaats bezet en demotiveren anderen. Door ze uit de setting te halen en te dwingen nog eens naar zichzelf en het opgelegde, gevolgde en na te volgen behandeltraject te kijken, wordt mogelijk een doorbraak bereikt. Wanneer zij wel bereid zijn mee te werken aan de behandeling, worden zij overgeplaatst naar een behandelafdeling binnen de kliniek om gebruik te kunnen maken van de daar aanwezige voorzieningen en te bezien of motivatie tot verandering vorm kan krijgen.

Aan het begin van het project bleken er echter onvoldoende patiënten in de Rooyse Wissel te zijn die voldeden aan de criteria voor niet-gemotiveerde patiënten. Er is er toen voor gekozen om begin 2007 een van de twee afdelingen om te vormen tot een reguliere opnameafdeling. Ook patiënten van deze afdeling stromen door naar de kliniek wanneer deze fase is afgerond.

Bezetting en capaciteit

Beide afdelingen hebben tien plaatsen. Deze waren op het peilmoment juni 2007 alle bezet.

Personeel

Het project vormt op zich een eilandje binnen de pi en binnen de Rooyse Wissel. Er is een eigen multidisciplinair team. De therapeuten komen echter ook met enige regelmaat in de kliniek. Bij het ochtendrapport in de Rooyse Wissel wordt het project altijd genoemd.

Werving/selectie

Piw'ers, medewerkers in de kliniek en externen konden bij aanvang van het project solliciteren op de openstaande posities. Voor de hogere functies zijn mensen gevraagd door de leiding van de Rooyse Wissel. Er hebben zich vijftien piw'ers gemeld, van wie er in totaal vijf zijn geselecteerd. Deze medewerkers zijn op detacheringbasis begonnen in het project. Vijf medewerkers hebben de overstap uit de kliniek gemaakt, de overigen zijn extern geworven.

⁹ In het rapport van de IGZ en Ist over de stand van zaken op de tbs-afdelingen in de pi in 2006 wordt geconstateerd dat de patiënten bij visueel contact met gedetineerden soms worden bespot. Vrouwelijke sociotherapeuten krijgen vaak seksueel getinte opmerkingen van de gedetineerden te horen. Dit wordt nauwelijks gecorrigeerd door het personeel van de pi.

In het begin van het project was er vrij veel verloop onder het personeel. Zowel sommige piw'ers als andere nieuwe medewerkers hadden geen goed beeld van het werk en de doelgroep en zijn afgefallen. Van de vijf piw'ers werken er nog drie bij de Rooyse Wissel. Twee medewerkers werken op de motivatieafdeling en één is doorgestroomd naar de kliniek in Venray. Hij wilde graag op een andere afdeling worden ingezet. Twee piw'ers zijn teruggekeerd naar de pi op financiële gronden. Zij wilden niet de overstap naar de tbs-sector maken.

Het is een team in opbouw, maar sinds mei 2007 is er sprake een vaste kern. In september 2007 waren er geen vacatures.

Achtergrond

Er wordt gewerkt met hbo'ers of mensen die bereid zijn door te groeien naar hbo-niveau. Een junior kan nog mbo'er zijn, maar vanaf medior wordt hbo vereist. Twee van de drie ex-piw'ers hadden al hbo-niveau, de derde gaat een opleidingstraject doen. De opleidingsachtergrond verschilt. Er werken onder meer medewerkers met ervaring in de verpleging, de gehandicaptenzorg of de jeugdzorg. De verdeling man/vrouw is redelijk gelijk. Op de motivatieafdeling werken iets meer mannen dan vrouwen.

Opleiding

De nieuwe medewerkers volgen een intern opleidingstraject van een maand, waarbij stage wordt gelopen in de kliniek in Venray. De medewerkers krijgen supervisie door de afdelingspsycholoog en het hoofd stm. Er is een maandelijkse teamdag, waarbij allerlei onderwerpen aan de orde komen. De medewerkers op de motivatieafdeling hebben een training door externen gekregen over motiverende gesprekstechnieken. Er worden regelmatig herhalingscursussen georganiseerd.

Type aanstelling

De piw'ers zijn gedetacheerd. De overige medewerkers zijn in dienst bij de Rooyse Wissel.

Behandeling

Er worden verschillende therapieën geboden: observatie, drama, psychomotorische therapie (pmt) en individuele gesprekken met een psychotherapeut en consulten van een psychiater. Verder zijn er gesprekken met het hoofd behandeling op basis van het delict. Op de opnameafdeling worden een nulmeting diagnostiek, een delictanalyse en een forensisch sociaal netwerkanalyse (FSNA) uitgevoerd.¹⁰

Welke therapieën de patiënten volgen, is afhankelijk van de afspraken in het behandelplan. De psychiater is op vaste momenten in de week beschikbaar en op afroep.

De behandelingsmogelijkheden zijn volgens de behandelaren echter beperkter dan in de kliniek, maar volgens de kliniek voldoende voor patiënten op een

¹⁰ Dit is een vorm van netwerkonderzoek dat als pilot loopt in alle klinieken.

opnameafdeling. Ook de niet-gemotiveerde patiënten kunnen beschikken over het aanwezige aanbod. Er wordt gewerkt met motivatietechnieken om de patiënten naar zichzelf te laten kijken. Het is de bedoeling dat deze patiënten maximaal twee jaar in het project verblijven, waarbij uiterlijk na een jaar duidelijk zicht moet zijn op een enigszins aanwezige positieve ontwikkeling richting doorstroming naar een vervolgafdeling om de indicatie voor de motiveringsafdeling te kunnen handhaven. Komt de behandeling echter niet van de grond en blijft de patiënt hangen in weerstand, dan komt het perspectief herselectie of longstay in beeld. Dit bepaalt tevens de plaatsing binnen een afdeling van de kliniek. In september 2007 is gestart met een onderzoek naar het effect van de motiverende technieken en het effect van de tbs-setting in de pi hierbij. Vooralnog heeft de kliniek de indruk dat de combinatie van de gebruikte technieken en een sobere omgeving een goed instrument is.

Veiligheid

Er is sprake van zichtbare veiligheidsmaatregelen vanuit de pi. Er zitten tralies voor de ramen en bij binnenkomst in de pi moeten bezoek en medewerkers piepvrij door de poortjes gaan. De tbs-afdeling heeft een eigen ingang langs de luchtplaats. Dit heeft als voordeel dat bezoek niet in de rest van de pi hoeft te komen.

De medewerkers voelen zich veilig. Dit heeft mede te maken met de overzichtelijkheid van het gebouw en de eigen opgang. De veiligheid op de afdeling zit in de wijze van werken. Het team is goed op elkaar ingespeeld. Er hebben zich nauwelijks incidenten voorgedaan, zo zijn er geen MIP-meldingen geweest sinds de start van het project. Er zijn wel incidentbesprekingen geweest. Bijvoorbeeld over separaties en keuzes die daarbij zijn gemaakt. Verder wordt gewerkt aan vroegsignalering van problemen binnen het team. Het project beschikt over één afzonderkamer. Voor een separatie moet worden gebruikgemaakt van de separeer van de pi. Dat is sinds de start van het project eenmaal gebeurd. Er zijn hierover goede afspraken met de pi en de kliniek. De psychiater uit de kliniek komt dan extra.

2.4.2 Vergelijking tussen het project en de kliniek

Gebouwelijke omgeving/faciliteiten

De belangrijkste verschillen tussen het project en de kliniek zitten in de zichtbaarheid van tralies en beveiliging en in de mogelijkheden tot bewegingsvrijheid. De PI Oosterhoek is een grote pi. Het hart van het gebouw wordt gevormd door de luchtplaats. Op de twee tbs-afdelingen is duidelijk zichtbaar dat het een pi-omgeving is. Er bevinden zich tralies voor de ramen en er zijn zichtbare hekken. De ruimte voor de sociotherapeuten ligt tussen de twee afdelingen in. Er zijn twee gesprekskamers: dit wordt als te weinig ervaren. In de kliniek zijn de verschillende afdelingen meer van elkaar afgeschermd. Ze zijn gegroepeerd rond het zogenoemde plein, de centrale ruimte van de kliniek met de winkel en de centrale tuin. Afhankelijk van de vrijheden die een patiënt heeft, kan tijdens het pationeren naar dit centrale plein worden gegaan. De

voormalige opnameafdeling in de kliniek heeft een eigen tuin, omdat opnamepatiënten doorgaans nog geen vrijheden hebben om naar het plein te gaan. Het project beschikt niet over een tuin, maar kan gebruikmaken van de luchtplaats van de pi. Dit is een grote buitenruimte met twee 'bushokjes', waar een looproute van asfalt is uitgezet. De rest is gras. Er is een apart veld om buiten te sporten.

De kamers in de kliniek en het project zijn ongeveer even groot en hebben afgeschermd sanitair. In de pi zijn de douches op de afdeling. De leefruimtes zijn zowel in de kliniek als in de pi neutraal, maar niet ongezellig ingericht. De leefruimte in het project wordt als relatief klein ervaren. Zowel in de kliniek als het project wordt door de patiënten zelf gekookt. De voorzieningen hiervoor zijn ruim voldoende.

Dagindeling

De dagindeling van het project komt in grote mate overeen met die van de kliniek. Het uitsluiten in het project is echter een half uur eerder dan in de kliniek. 's Avonds worden de patiënten een half uur eerder ingesloten. Dit heeft te maken met de bewaking door de pi. Het ontbijt is individueel. De patiënten worden om 8:45 uur verwacht bij de dagopening. Daarna volgen er blokken (werk, therapie, scholing, crea of sport), pationeren, lunch, pationeren, een uur insluiten (alleen de opnameafdeling), middagblokken, dagsluiting, diner en avondprogramma. De lunch en het diner zijn gezamenlijk.

Aanbod van werk en activiteiten

Hetzelfde soort activiteiten wordt aangeboden in de kliniek en in het project. Er zijn werk-, onderwijs-, sport-, creatieve en therapeutische blokken. Het aanbod in de kliniek is echter veel uitgebreider, met name op het gebied van arbeid, de creatieve blokken, onderwijs en de voorziening 'groen en dier'. Ook is het aanbod in de kliniek evenwichtiger over de dag verspreid. Voor de motivatiepatiënten is het echter beleid om minder aan te bieden, als onderdeel van het motivatietraject. Wanneer zij gemotiveerd raken voor de behandeling, kunnen zij terugkeren naar de kliniek in Venray.

Voor het werk in het project wordt gebruikgemaakt van de werkplaats van de pi. Dit betreft erg eenvoudig werk. De patiënten werken op momenten dat de gedetineerden geen gebruikmaken van de werkplaats. Werk bij de klussendienst en dergelijke is echter niet mogelijk, omdat de patiënten geen bewegingsvrijheid buiten de tbs-afdeling hebben.

Huisregels

In principe zijn de huisregels in het project hetzelfde als in de kliniek. De patiënten mogen kleine huisdieren houden en de kamerinventaris is overal ongeveer gelijk. Het bezoek ervaart wel een duidelijk verschil. In het project mag alleen in het weekend bezoek komen. Het bezoek moet door de detectiepoortjes. Toegestaan onbegeleid bezoek mag op de kamer komen.

In de kliniek is een winkel bij het plein waar de patiënten spullen kunnen kopen. In het project wordt gebruikgemaakt van de lijsten van de pi. Deze lijsten worden gescreend door de sociotherapeuten, zodat er geen porno en

dergelijke worden besteld. Dit is de patiënten namelijk niet toegestaan, in tegenstelling tot de gedetineerden. De prijzen van de artikelen in het project zijn hoger dan in de kliniek. De patiënten krijgen hiervoor een 'inflatiecorrectie.' Een knelpunt is de verwerking van uitgaven van de patiënten. Deze worden centraal bijgehouden, maar met enige vertraging. De patiënt heeft hierdoor geen goed zicht op zijn uitgaven. In de kliniek kunnen de patiënten gebruikmaken van chipknips.

De afdelingen in het project hebben een afgevaardigde voor de cliëntenraad. Deze patiënt wordt naar de moederkliniek gebracht wanneer er een vergadering is (ongeveer eens per twee maanden).

Personeel

Op de afdelingen wordt in de kliniek en het project in principe per dienst dezelfde formatie ingezet. Er is een coördinator, een senior sociotherapeut en twee (medior of junior) sociotherapeuten. De teams zijn gemengd naar geslacht en opleidingsachtergrond.

2.4.3 Beleving van tbs-gestelden en medewerkers

De tbs-gestelden en de medewerkers zijn bevraagd over hun ervaringen met de projecten. Voor de tbs-gestelden in de Rooyse Wissel is gebruikgemaakt van een patiënttevredenheidsonderzoek dat is uitgezet door de kliniek zelf. De medewerkers hebben hun mening kunnen geven tijdens gesprekken. Daarnaast is zowel met patiënten als medewerkers gesproken tijdens de audit.

Beleving tbs-gestelden

Het oordeel over het verblijf op een tbs-afdeling in een pi verschilt sterk tussen de opnamepatiënten en de motivatiepatiënten. Dit heeft vooral te maken met hun houding ten opzichte van de behandeling en het type afdeling waarop zij zich bevinden. De motivatiepatiënten zijn veel negatiever dan de opnamepatiënten, zowel in de enquête als in de gesprekken. De ervaringen worden hieronder dan ook apart besproken.

De patiënten van de motivatieafdeling komen uit de moederkliniek dan wel rechtstreeks vanuit een andere kliniek in het kader van een tweede behandel poging. Zij hadden daar vaak al enige vrijheden, zoals het bezoek aan het plein en deelname aan activiteiten. Zij zijn het niet eens met de constatering van de behandelaren dat hun behandeling stagneert en dat zij daarom naar een motivatieafdeling moeten. Verschillende patiënten zijn overigens van mening dat zij helemaal geen behandeling nodig hebben. Zij voelen zich gestraft door de overplaatsing en geven aan dat ze juist door de omgeving van de pi gedemotiveerd zijn geraakt. Ze vinden het regime te strikt en vinden dat er in het weekend te weinig mogelijkheden voor ontspanning zijn. Op de vraag of ze dan niet juist hard moeten werken aan hun motivatie, zodat ze terug kunnen naar de kliniek en de privileges, wordt ontkennend geantwoord. Hun motivatie is volgens hen niet het probleem, maar de kliniek, de omgeving en de behandelaars.

De opnamepatiënten die al wat langer op de afdeling zitten, zijn behoorlijk teleurgesteld dat zij op de afdeling in de Grave terecht zijn gekomen. Toen ze te horen kregen in de pi dat ze op de wachtlijst voor de Rooyse Wissel stonden, leefden ze in de veronderstelling dat ze naar de kliniek zouden gaan. Sommigen hadden daar zelfs een rondleiding gekregen. Het was dus een grote tegenvaller om in Grave terecht te komen. De patiënten die later zijn ingestroomd, zijn wel goed voorgelicht en hebben er minder moeite mee. De patiënten hebben wel een aantal kritiekpunten op het feit dat ze worden behandeld op een tbs-afdeling in de pi. Zo geeft een patiënt aan dat het erg moeilijk is om de omschakeling van de pi naar de kliniek te maken. De gebouwelijke omgeving lijkt te veel op elkaar, terwijl er andere eisen aan de patiënt worden gesteld. In de pi moet iemand zich groothouden en weinig van zichzelf laten zien om zich te kunnen handhaven. In de tbs moet een patiënt juist naar zichzelf kijken en in gesprek gaan. Er moet op een andere wijze worden gecommuniceerd met de begeleiders. Volgens hem is die omschakeling in een pi erg lastig te maken en leidt dat tot vertraging in de behandeling.

Verder vinden de patiënten het aanbod van arbeid, onderwijs en andere activiteiten erg schraal. Vooral de arbeid vinden de patiënten te simpel en geestdodend. Er wordt gebruikgemaakt van de arbeidsvoorziening in de pi waar alleen erg simpel productiewerk wordt verricht. Eén patiënt vindt het vooral erg dat hij in de pi interessanter werk deed dan in het project. Hij heeft een technische achtergrond en was klusjesman bij de technische dienst in de pi. Nu doet hij alleen maar dom werk. Hij heeft meermalen gevraagd of hij hier niet in een klusteam kan. Dat mag echter niet, omdat de patiënten niet in aanraking mogen komen met de gedetineerden. De tbs-afdeling is te klein om voldoende werk te hebben.

Over de behandeling en sociotherapie zijn de patiënten in de loop van de tijd positiever gaan denken. In het begin constateerden zij nog het nodige gebrek aan ervaring bij de medewerkers, maar inmiddels loopt dat beter. Over het algemeen zien zij het belang van de behandeling in.

Beleving van medewerkers

De medewerkers hebben sinds mei van het jaar het gevoel dat er sprake is van een team, waarmee steeds meer ervaring en expertise kan worden opgebouwd. Er is nogal wat verloop geweest, voor een deel veroorzaakt door de pi-omgeving en voor een deel doordat mensen geen goed beeld hadden van het werken in de tbs. Ook het pionieren op een nieuwe afdeling vindt niet iedereen prettig. Een bijkomend punt is dat het werken met niet-gemotiveerde patiënten niet iedereen ligt. Het vraagt een grote tijdsinvestering, veel werk met vaak maar heel weinig resultaat. Het werk in het project was daarom zwaar in het begin. Er was weinig flexibiliteit: er waren veel mensen met nauwelijks ervaring. De kliniek bood weinig ondersteuning in het begin. Inmiddels is dat sterk verbeterd en zijn er ook meer medewerkers vanuit de kliniek gekomen.

Nu wordt de autonomie steeds meer als een positief punt ervaren. Een sociotherapeut moet zelfstandiger werken, sneller zelf beslissingen nemen,

omdat minder kan worden teruggevallen op bestaande structuren en ervaren krachten. Een ander positief punt van het werken in een kleine setting is de geringe afstand tot de leidinggevenden. De hoofden zijn veel toegankelijker dan in de kliniek. De medewerkers voelen zich inmiddels goed begeleid en ondersteund, iets dat erg belangrijk is op een nieuwe afdeling.

Er is een groot cultuurverschil met de pi. In de pi wordt veel beheersmatiger gewerkt. De piw'ers zijn dan ook blij met de overstap die ze hebben gemaakt. Onder het overige pi-personeel is nog steeds veel onwetendheid over de tbs. Wel is er goed contact met de iba. Het is de bedoeling dat de medewerkers op elkaars afdeling gaan kijken, kennis uitwisselen en meer begrip voor elkaar krijgen. Dat is ook belangrijk want er is met enige regelmaat geluidsoverlast van elkaar.

De medewerkers achten de pi-setting geschikt voor het motiveren van patiënten. De soberdere omgeving dwingt patiënten stil te staan bij waar het om zou moeten gaan. Ongeveer tien patiënten zijn weer meer open voor behandeling.

De medewerkers hebben zelf wel eens moeite met het werken in een pi-omgeving. Het is allemaal beton met nauwelijks groen, waardoor het vaak een benauwend gevoel geeft. Ook is het soms schipperen met de regels van de pi en de tbs. Toch lukt het vaak wel om iets meer ruimte te creëren dan op het eerste gezicht mogelijk leek.

2.4.4 Samenvatting en conclusie

De opstart van het project in Grave kende enige knelpunten. Vooral de samenwerking met de pi verliep niet altijd soepel. Er was vaak weinig oor voor de behoefte van de kliniek/patiënt. Inmiddels heeft het project voldoende vorm gekregen. In het project is de pi zeer zichtbaar. De afdeling bevindt zich op de begane grond met tralies voor de ramen. De gevangensmuren zijn zichtbaar. In het begin kende het project veel personele wisselingen, inmiddels staat er een team.

De beperkingen van de pi uiten zich vooral in het aanbod van activiteiten, waarbij met name het werk als te simpel wordt ervaren. Daarnaast zijn de mogelijkheden om te oefenen met meer vrijheden niet aanwezig. De schaal van het project draagt ertoe bij dat het aanbod van andere activiteiten beperkt is. Als opnameafdeling is de situatie dan ook niet ideaal. Bij goed functioneren van de patiënt is het belangrijk dat snel kan worden doorgestroomd naar de kliniek. In de meeste gevallen is dat ook gelukt.

Vooralsnog lijkt de pi-setting wel geschikt voor de behandeling van niet-gemotiveerde patiënten. De gebouwelijke omgeving en de pi-setting zijn daarbij een onderdeel van de behandeling. Door de niet-gemotiveerde patiënten in een soberdere omgeving te plaatsen, worden zij gedwongen na te denken over de stappen die zij moeten nemen in hun behandeling. De medewerkers zijn extra getraind in motiverende gesprekstechnieken en verdere technieken worden ontwikkeld. De kliniek heeft de indruk dat het werkt. Er loopt vanaf september

2007 een onderzoek naar het effect van motiveringstechnieken en het effect van de pi-setting op de motivatie van de patiënten. Afhankelijk van de uitkomsten kan men kijken of het een structurele voorziening moet worden.

2.5 Project Grittenborgh

2.5.1 Feitelijke stand van zaken

Peildatum	Juni 2007
Kliniek	FPC Veldzicht
Penitentiaire inrichting	PI Noord, locatie PI de Grittenborgh
Looptijd	April 2006-2009
Capaciteit	20
Oorspronkelijke Doelgroep	Ongemotiveerden (10)
Doelgroep	Ongewenste vreemdelingen (10)
Bezetting (juni 07)	<ul style="list-style-type: none"> • 10 ongemotiveerden • 8 ongewenste vreemdelingen • 1 crisisopname vanuit FPC Veldzicht
Personele bezetting	<ul style="list-style-type: none"> • 1 coördinerend sociotherapeut • 10 medewerkers op de motivatieafdeling (11 fte) • 10 medewerkers op de ongewenstvreemdelingenafdeling (11 fte) • 2 werkbegeleiders • 8 uur per week wordt psychiater ingehuurd door FPC Veldzicht

Algemeen

Project Grittenborgh is een dependance van FPC Veldzicht en is gehuisvest in PI de Grittenborgh te Hoogeveen. De tbs-voorziening in de Grittenborgh staat bekend als Grittenveld. De aanleiding voor zowel de kliniek als de pi om in dit project samen op te trekken, lag in het feit dat reeds werd samengewerkt in het kader van preklinische behandelplekken.

Doelgroep

In Grittenveld zijn twee afdelingen: één voor ongemotiveerde tbs-gestelden en één voor ongewenste vreemdelingen met tbs. Beide afdelingen hebben een capaciteit van tien bedden. Er is bewust gekozen voor deze twee doelgroepen. De vleugel waarin Grittenveld is gehuisvest, maakt deel uit van de penitentiaire inrichting. Tijdens de planfase van het project oordeelde FPC Veldzicht dat de locatie beperkte mogelijkheden biedt om patiënten goed op te vangen en een tbs-waardige plek te kunnen bieden. Het is kortom geen geschikte behandelomgeving. De behandel noodzaak c.q. mogelijkheden zijn voor beide doelgroepen laag: voor de doelgroep ongewenste vreemdelingen geldt dat zij in principe teruggaan naar het land van herkomst. Op het moment van plaatsing in Grittenveld zouden zij uitbehandeld zijn. Voor de doelgroep ongemotiveerden geldt dat zij niet mee willen werken aan hun behandeling en in wezen een 'dure' plek in de kliniek bezet houden. Voor beide doelgroepen

gaat men uit van een tijdelijk verblijf. Voor de ongemotiveerden is dit idealiter een half jaar. Voor de ongewenste vreemdelingen is dit variabel en ligt het aan de mogelijkheden van terugkeer naar het land van herkomst.

Bezetting capaciteit

Op de motivatieafdeling wordt de capaciteit op de peildatum (juni 2007) volledig benut. Op de afdeling van de ongewenste vreemdelingen met tbs was er één plek over en werd één plek gevuld door een crisisopname vanuit de moederkliniek. De bezetting voor deze afdeling staat ter discussie. Het lijkt erop dat de groep ongewenste vreemdelingen met tbs die kunnen worden uitgezet, aan het slinken is waardoor er capaciteit dreigt over te blijven. Over de invulling van deze capaciteit kon men op de peildatum en op de laatste interviewronde (augustus 2007) nog geen concrete uitspraken doen.

Personeel

Werving/selectie

Doelstelling in de planfase was om zowel personeel van de kliniek als van de pi te werven in de verhouding 50:50. In praktijk is dit gelukt. In beide organisaties is het personeel via intranet, door middel van informatiebijeenkomsten en in het dagelijks overleg van het project op de hoogte gebracht. Vanuit de pi was het werken binnen het project op basis van vrijwilligheid. Voor een aantal medewerkers uit de kliniek geldt dat zij tegen hun zin in zijn overgeplaatst. Volgens de kliniek heeft er een strenge selectie plaatsgevonden onder het pi-personeel. Er is geen sprake van geweest dat boventalig personeel zonder meer kon instromen. Een belangrijk criterium voor selectie was affiniteit met de doelgroep aangevuld met zorgervaring. Vanwege het feit dat PI Grittenborgh een zorgafdeling had die in de herverdeling van het gevangeniswezen zou verdwijnen, waren er voldoende pi-medewerkers met affiniteit en ervaring in de zorgverlening.

Achtergrond

De verhouding tussen pi- en kliniekpersoneel was op de peildatum 40:60. Een enkel personeelslid van de Grittenborgh heeft het werk ofwel niet goed op kunnen pakken ofwel gaf zelf aan het werk niet langer te willen doen. Over de groep medewerkers die er op de peildatum werkten, is de leidinggevende (zeer) tevreden.

De man-vrouwverhouding van de medewerkers is 50-50. Ditzelfde geldt ook voor de verhouding hbo-mbo. De keuze om ook met mbo-personeel te werken, is vooraf gemaakt. Het uitgangspunt was dat het een 'lowbudget'-voorziening moest zijn omdat de tbs-gestelden ofwel waren uitbehandeld en binnen een jaar het land zouden verlaten, of niet mee willen werken aan de behandeling en bij gebleken motivatie weer terugkeren naar de kliniek. De leidinggevende geeft aan dat daarnaast ook hbo-niveau nodig was vanwege het feit dat niet alle tbs-gestelden bij plaatsing stabiel waren. Men is dus blij met de mix.

Opleiding

Het personeel uit de Grittenborgh heeft het opleidingstraject gevolgd dat nieuwe medewerkers standaard van Veldzicht moeten doorlopen. Het is niet zo dat zij extra training hebben gehad. De gevolgde training bestaat uit:

- psychopathologie;
- gedragstherapie;
- training ondersteunend werken;
- interculturele training.

Type aanstelling

Bij de start van het project werkte het personeel op detachingsbasis vanuit de pi. Het voornemen was om hen bij goed functioneren binnen twee jaar een dienstverband bij FPC Veldzicht aan te bieden. In juni 2007 was al het werkzame personeel in dienst van FPC Veldzicht. Dit is dus binnen de vooraf gestelde termijn gebeurd.

De medewerkers die voorheen in de kliniek werkten, kregen na een jaar de gelegenheid terug te keren. Een enkeling heeft daarvan gebruikgemaakt.

Verpleging/behandeling

Zoals gesteld was het uitgangspunt bij de keuze van de doelgroepen de zeer lage noodzaak c.q. mogelijkheden voor verpleging/behandeling. In praktijk heeft dit echter vooral in het begin voor knelpunten gezorgd op de afdeling ongewenste vreemdelingen. Er bleken minder gestabiliseerde vreemdelingen beschikbaar dan verwacht, waardoor ook ongewenste vreemdelingen op het project werden geplaatst die direct uit de pi kwamen. Hun behandel- en zorgbehoefte was (veel) groter dan verwacht. Als oplossing hiervoor is meer personeel ingezet en is vanuit DJI toegezegd dat er extra middelen ter beschikking worden gesteld voor de patiënten die meer zorg behoeven. Op de peildatum (juni 2007) leek dit knelpunt te zijn opgelost. Onstabiele psychotische vreemdelingen waren overgeplaatst naar de moederkliniek.

Het verpleeg-/behandelaanbod in Grittenveld zit volgens de respondenten in elke vorm van interactie tussen tbs-gestelde en medewerker. In Grittenveld gaat men uit van het centraal stellen van de patiënt. Dit komt tot uiting in elk contact met de sociotherapeuten maar ook tijdens de activiteiten en werkzaamheden. Daarnaast wordt er psycho-educatie aangeboden en inzicht in het ziektebeeld. Dit wordt geleid door een medewerker vanuit Veldzicht die één keer per week of per twee weken naar Grittenveld komt. Ook kan acht uur per week aanspraak worden gemaakt op de psychiater die door FPC Veldzicht wordt ingehuurd.

Veiligheid

PI Grittenborgh heeft een zware beveiligingsstatus, (de zogenaamde A+-status of gijzelingsregime). Grittenveld valt onder dit regime. Uit de interviews, de auditdag en de groepsgesprekken werd duidelijk dat dit een groot knelpunt is in de inspanning om een tbs-sfeer te creëren op de afdelingen. Voorbeelden van problemen waar men mee kampte, waren de invoer van goederen en de bezoeksregels. In het begin van het project gold dat men zich moest houden

aan de invoerregels van de pi. Deze regels zijn in de loop van het jaar opgerekt waardoor er nu meer goederen en goederen van groter formaat mogen worden ingevoerd, waaronder bijvoorbeeld een TV. Bezoek moet piepvrij door de poort en door alle sluizen die er ook zijn voor de pi en mag niet op de afdeling worden ontvangen.

2.5.2 Vergelijking tussen het project en de kliniek

Om een goede vergelijking te kunnen maken van het behandelklimaat c.q. de behandelomgeving tussen de kliniek en het project hebben we op beide locaties een auditdag gehouden. Voor het project Grittenveld hebben we gekozen de afdeling van de ongewenste vreemdelingen met tbs te auditen. Een vergelijkbare afdeling in FPC Veldzicht is Noord 3. Ook daar hebben we derhalve een audit gehouden.

Gebouwelijke omgeving

Het meest in het oog springende verschil ligt in de gebouwelijke omgeving. Het project Grittenveld huist in PI Grittenborgh en is daardoor onderdeel van de gevangenis. Grittenveld heeft geen aparte ingang, dus de medewerkers en het bezoek moeten door de sluizen van de pi. De voormalige cellen doen nu dienst als kamer, de ramen kunnen niet open en de ventilatie wordt als beperkt ervaren. Daarnaast zitten er tralies voor de ramen. De kamers van de tbs-gestelden zijn kleiner dan in de kliniek. Er is een toilet op de kamer met een schaamschot. De douches bevinden zich op de gang. Vanuit de afdeling in Grittenveld kijkt je uit op een luchtplaats die bestaat uit een grasmat met daarom heen een betonnen looppad. Aangrenzend aan de luchtplaats is een kleine tuinderij aangelegd waar de tbs-gestelden kunnen werken. FPC Veldzicht daarentegen beschikt over een enorm terrein met een groot sportveld, een tuinderij, werkplaatsen en dieren. De kamers in de kliniek zijn ruimer dan in de pi, op de kamer is een afgeschermd toilet en douche aanwezig. De inrichting van de gezamenlijke ruimte op de afdeling is gezelliger te noemen en kleurrijker dan in de pi. Een voorbeeld hiervan is dat in de gezamenlijke ruimte van de pi alleen losse stoelen staan en geen bank is toegestaan.

Aanbod van werk

In de pi zijn twee werkblokken: een blok in de ochtend en een blok in de middag. De afdelingen van ongemotiveerden en van ongewenste vreemdelingen worden bij werkblokken apart gehouden. De ene week werken de ongemotiveerden 's morgens en de ongewenste vreemdelingen 's middags. De week daarop wordt het schema omgedraaid. Dit betekent dat een tbs-gestelde in Grittenveld één blok kan werken per dag van in totaal vier uur. Als iemand besluit niet te willen werken dan verblijft hij op de kamer. Het werk bestaat uit productiewerk of werk in de tuin.

In de kliniek is het aanbod van werken veel uitgebreider. Men kan werken in de tuin, de keuken, de wasserij, de boerderij, het restaurant, het klussenteam, de textielafdeling, de assemblageafdeling, de manege et cetera. Samen met

de tbs-gestelde wordt een keuze gemaakt in de hoeveelheid werk en het type werk dat een tbs-gestelde kan en wil gaan doen. Een ander belangrijk verschil is dat als een tbs-gestelde niet werkt, hij wel vrij is over het terrein te lopen en dus niet op zijn kamer hoeft te verblijven.

Aanbod van activiteiten

Ook voor het aanbod van activiteiten geldt dat Grittenveld achterblijft in vergelijking met de kliniek. Er is twee keer in de week een uur sport, twee keer 45 minuten per week is de bibliotheek opengesteld, er is één keer een uur creatieve therapie. De animo voor het sporten, de creavakken en het onderwijs is overigens niet groot.

In de kliniek is er een dagactiviteitencentrum, een sportveld, een sportzaal en bieden ook de boerderij, de manege en de visvijver op het terrein van de kliniek mogelijkheden voor ontspanning en tijdverdrijf.

Huisregels

Op het gebied van huisregels is er ook een aantal belangrijke verschillen te onderscheiden tussen de FPC Veldzicht en Grittenveld. Het bezoek in Grittenveld is gelimiteerd tot één keer een uur per week. In de duur van het bezoek zit wel rek, maar niet in het aantal keer per week vanwege de planning van de bezoekkamer met de Grittenborgh. Het bezoek mag niet op de afdeling. Voor bezoek is er geen mogelijkheid om te blijven logeren. In de kliniek mag het bezoek op de afdeling, ook de kinderen. Er is een logeermogelijkheid in de kliniek, alhoewel hier door de ongewenste vreemdelingen nauwelijks tot geen gebruik van wordt gemaakt. Het bezoek in de kliniek hoeft niet piepvrij door de poort. Wel wordt de handbagage nagekeken.

Een ander belangrijk verschil is de mogelijkheid van het buiten zijn. In Grittenveld zijn er twee momenten op de dag dat men een half uur gebruikmaakt van de luchtplaats. Daarnaast komt men even buiten op weg naar de werkplaats of als men in de tuin werkt. De meeste tijd brengen de tbs-gestelden door op hun kamer of afdeling, zeker als zij niet werken.

In FPC Veldzicht heeft men meer bewegingsvrijheid omdat men terreinverlof heeft en dus naar buiten kan als daar behoefte aan is.

De insluitijden verschillen ook tussen de kliniek en Grittenveld. Vooral in het weekend loopt dit behoorlijk uiteen. In het weekend en op feestdagen worden de tbs-gestelden om 17.00 uur ingesloten, door de week om 21.30 uur. In de kliniek wordt men zowel door de week als in het weekend om 22.00 uur ingesloten.

In Grittenveld is een separeermogelijkheid geschapen op de afdeling zelf. Er hoeft derhalve geen gebruik te worden gemaakt van de separeercel van de pi. Bij ernstige incidenten kan wel worden teruggevallen op de medewerkers uit de pi. Sinds de start van het project is hiervan nog nooit gebruikgemaakt.

2.5.3 Beleving van tbs-gestelden en medewerkers

In een aantal groepsgesprekken hebben we zowel met de medewerkers als met de tbs-gestelden gesproken over Grittenveld als tbs-voorziening.

Beleving tbs-gestelden

Met vier tbs-gestelden hebben we een groepsgesprek gehouden. Hierbij waren twee ongemotiveerden aanwezig en twee ongewenste vreemdelingen.

Belangrijk voor hen is het gevoel dat ze terug bij af zijn. Zij hebben detentie al lange tijd achter de rug en zijn voor hun gevoel nu weer teruggeplaatst. Ze hebben moeite met de gevangenis cultuur die er door de gebouwelijke omgeving is: het hangen over de reling, de beperktere ruimte dan in de kliniek, de tralies, de luchtplaats. Daarnaast vertellen ze dat het heel gehorig is en dat je last hebt van anderen als deze bijvoorbeeld tegen verwarmingsbuizen tikken of over de reling hangen en roepen. De gehorigheid speelt hen ook parten bij het ontvangen van bezoek. Hun bezoekkamer zit naast de ruimte waar gedetineerden bezoek zonder toezicht ontvangen. De geluiden die daarbij doordringen tot de kamer waar zij hun bezoek ontvangen, worden als gênant ervaren, zeker als er kinderen bij aanwezig zijn. Het aanbod van activiteiten en werkzaamheden ervaren de tbs-gestelden ook als zeer beperkt in vergelijking met het aanbod in de klinieken waar zij vandaan komen. Een andere belangrijke achteruitgang die zij voelen is de beperkte bewegingsvrijheid. In de kliniek was er terreinverlof en kon je naar buiten als je wilde. Nu ben je veelal binnen. Eén aanwezige geeft aan dat hij moeite heeft met het werkblok in de ochtend. Het lukt hem niet daarvoor op tijd uit zijn bed te komen. In de kliniek kon hij dan na het opstaan naar buiten. Nu moet hij op zijn kamer blijven. Ook geeft hij aan liever niet te luchten of op de luchtplaats te werken omdat de gedetineerden hem uitschelden of gebaren maken. Anderen geven aan dit niet te horen of zich er niets van aan te trekken. Het vroeg ingesloten worden in het weekend vindt men misschien nog wel het ergst. Sommigen zien daardoor erg tegen het weekend op omdat je vanaf 17.00 uur al weer naar je kamer moet.

Een ander pijnpunt is de restrictie op de invoer van spullen. Eén aanwezige heeft zijn aquarium en zijn computer, waarin hij veel geïnvesteerd had, moeten achterlaten. Voor tbs-gestelden die recenter zijn overgeplaatst naar Grittenveld waren de invoerregels soepeler. TV's hoeven niet meer van een bepaalde afmeting te zijn. Computers zijn echter nog steeds niet toegestaan, maar dat is de moederkliniek FPC Veldzicht ook verboden.

Over de (omgang met) sociotherapeuten zijn de tbs-gestelden tevreden. De ongewenste vreemdelingen lijken hierover meer tevreden dan de ongemotiveerden. Men ervaart de omgang als prettig en direct. Daarnaast vindt men dat het personeel zijn best doet om er voor de tbs-gestelden 'iets van te maken', maar vindt men tegelijkertijd dat het personeel hiervoor weinig ruimte heeft.

Beleving van medewerkers

Uit het interview met de leidinggevende komt naar voren dat er erg veel tijd en energie is gaan zitten en nog steeds zit in het voeren van discussies met de Grittenborgh over de regels van de pi en de oprekkingservan voor de tbs-

gestelden. Het project is snel van start gegaan en gaandeweg blijkt er vooraf niet voldoende te zijn nagedacht over de knelpunten waar men tegen op kon lopen. Voorbeelden hiervan zijn de invoer van goederen en het bezoek willen ontvangen op de afdeling. Ook loopt volgens de medewerkers in de afstemming met ITZ een en ander stroef. Het bezoeken van iemand in FPC Veldzicht wordt door ITZ als verlof gezien, terwijl de leidinggevende het wil beschouwen als ware het een bezoek aan iemand van een andere afdeling binnen de kliniek.¹¹

Uit het groepsgesprek met de medewerkers komt naar voren dat zij het als een verrijking ervaren met tbs-gestelden te werken. Daarnaast zijn zij erg te spreken over hoe het team functioneert: men is zeer open naar elkaar en er is ruimte om elkaar feedback te geven en te vragen. Men is tevreden over de training die men in het kader van het nieuwe werk heeft gevolgd.

Men vindt de verpleeg-/behandelmogelijkheden in Grittenveld niet optimaal. Men zou meer aanspraak willen kunnen maken op de psychiater. Daarnaast vinden de medewerkers dat er meer mogelijkheden moeten zijn om met de ongewenste vreemdelingen de mogelijkheden in het land van herkomst te onderzoeken. Hiervoor zou men willen beschikken over internet. Men ziet het denken over de toekomst samen met de tbs-gestelde ook als vorm van behandeling. In Grittenveld wordt gewerkt volgens de methode waarin de tbs-gestelde centraal wordt gezet. De medewerkers lopen hierin voor op FPC Veldzicht en zien zichzelf ook als pilot voor deze nieuwe werkwijze. Men is erg tevreden over hoe dat in praktijk verloopt en wat voor effect het heeft op de tbs-gestelden. Men maakt melding van zeer weinig incidenten en van 'moeilijke' bewoners die goed hun draai hebben gevonden.

Op de vraag of de medewerkers de pi geschikt vinden voor een tbs-voorziening, antwoordt men dat de voorziening voor bepaalde doelgroepen geschikt zou zijn. Hierbij denkt men aan ongemotiveerden en tbs-gestelden die net uit detentie komen en moeten wennen aan het therapeutische klimaat. Voor de eerste groep moet doorstroom terug naar de kliniek bij getoonde motivatie gegarandeerd zijn. Voor de tweede groep moet de duur van het verblijf vooraf duidelijk zijn. Voor ongewenste vreemdelingen vindt men de pi alleen dan geschikt als er duidelijkheid is over de mogelijkheden tot uitzetting.

2.5.4 Samenvatting en conclusies

Het is onze indruk dat de medewerkers en leidinggevende van Grittenveld er met groot enthousiasme, betrokkenheid en deskundigheid energie in hebben gestoken en nog steeds steken om van de Grittenveld een zo volwaardig mogelijke tbs-voorziening te maken. Het project is snel van start gegaan waardoor men in praktijk tegen knelpunten aanliep waarover vooraf niet goed was nagedacht. Deze knelpunten spelen vrijwel allemaal in de afstemming

¹¹ De afdeling individuele tbs-zaken (ITZ) beslist over de overplaatsingen en verlofaanvragen van tbs'ers.

met de pi over de huisregels.

Er moet worden geconcludeerd dat door de situering van de Grittenveld in PI de Grittenborgh de mogelijkheden om van Grittenveld een volwaardige tbs-voorziening te maken, beperkt zijn. De Grittenveld valt onder het regime van de pi en de gebouwelijke omgeving oogt als een gevangenis. Hierdoor heeft de locatie met blijvende beperkingen te maken betreffende de verpleeg-/behandelmogelijkheden, het werkaanbod, het activiteitenaanbod en de bewegingsvrijheid/privileges die aan tbs-gestelden kunnen worden geboden.

Vanwege de geringe mogelijkheden tot behandeling kan niet elke doelgroep worden geplaatst in Grittenveld. Voorafgaand aan de start van het project is deze beperking door FPC Veldzicht op waarde geschat en heeft men een duidelijke keuze gemaakt in de doelgroepen tbs-gestelden die worden geplaatst in de Grittenveld, namelijk de ongemotiveerden en de ongewenste vreemdelingen. Voor beide doelgroepen is vooraf bepaald dat er weinig behandelmogelijkheden zijn vanwege de ophanden zijnde uitzetting dan wel door gebrek aan eigen motivatie.

In praktijk echter bleek dat de ongewenste vreemdelingen die werden geplaatst, niet stabiel genoeg waren en wel degelijk nog behandeling behoeven. Voor hen bleek de Grittenveld geen geschikte locatie.

Een andere voorwaarde die voortkomt uit de beperkingen van de Grittenveld, is dat vooraf de duur van het verblijf van een tbs-gestelde duidelijk en eindig moet zijn. In de huidige situatie betekent dit voor de ongemotiveerden dat zij bij een verbetering van hun houding weer kunnen teruggaan naar een plek in de kliniek. Voor de ongewenste vreemdelingen zou er bij plaatsing naar Grittenveld duidelijkheid moeten zijn over de mogelijkheden tot uitplaatsing.

2.6 Project Vught, Nieuw Vossenveld

2.6.1 Feitelijke stand van zaken

Peildatum	April 2007
Kliniek	De Pompestichting
Penitentiaire inrichting	PI Vught, Nieuw Vossenveld
Looptijd	februari 2006-
Capaciteit volgens projectplan	36 tbs-plaatsen
Beoogde Doelgroep volgens projectplan	22 longstay-patiënten 12 behandelplaatsen voor tbs-gestelden met hoge pcl-r-score
Gerealiseerde capaciteit (april 2007)	48 longstay-plaatsen 24 behandel/opnameplaatsen
Bezetting (april 2007)	35 tbs-gestelden longstay 23 tbs-gestelden opname/behandelplaatsen
Personele bezetting	Ongeveer 40 fte

Algemeen

Het project Vught is een samenwerking tussen de Pompestichting en PI Vught. Op het terrein van de pi zijn twee afdelingen gerealiseerd: één longstay-unit en één opname-/behandelunit. Tussen de pi en de Pompestichting bestaat een inkoopconstructie. Dit betekent dat de Pompestichting alles inkoop: voeding, beveiliging, personeel et cetera bij de pi maar zelf inhoudelijk verantwoordelijk is. Pi Vught bestaat uit een terrein met daarop aparte gebouwen. Voor de twee tbs-voorzieningen heeft de Pompestichting twee gebouwen toegewezen gekregen. De voorziening voor de longstay-afdeling is verbouwd. Uit de tabel hierboven wordt direct duidelijk dat Project Vught op dit moment al een verdubbeling van capaciteit heeft gerealiseerd ten opzichte van de planfase. In de planfase was namelijk sprake van 36 plekken en tijdens het onderzoek was een capaciteit van 72 plekken gerealiseerd.

Doelgroep

Zoals gezegd zijn er twee units gerealiseerd. Eén betreft een longstay-unit. Op de peildatum (april 2007) was er een capaciteit van 48 longstay-plekken. Het gaat hier om longstay-patiënten die een hoge mate van beveiliging nodig hebben.

Daarnaast is er een behandel-/opnameafdeling met een capaciteit van 24. Men is begonnen om op deze afdeling zowel tbs-gestelden uit detentie op te nemen als 'tweede kliniek' tbs-gestelden.¹² Voor deze mensen wordt opnieuw in kaart gebracht wat er mis is gegaan en hoe men verder dient te gaan. De gemene deler is (het vermoeden van) een hoge pcl-r-score. Ten tijde van de laatste interviewronde (september 2007) was dit beleid aangepast en was de bewonersgroep veranderd. De praktijk wees uit dat dit toch een te gemêleerde groep geeft. Nu komen de tbs-gestelden voornamelijk uit detentie. Af en toe wordt een tbs-gestelde uit de kliniek opgenomen naar aanleiding van een crisis of incident.

Bezetting capaciteit

Op de peildatum waren 35 plekken van de 48 longstay-plekken bezet. Op de opname/behandelafdeling werd de capaciteit op één na benut.

Personeel

Werving/selectie

Het personeel in Vught bestaat uit voormalig piw'ers van Vught, met uitzondering van de behandelcoördinatoren. Deze medewerkers zijn geworven door interne vacatures. Aangezien de animo groot was, heeft er een strenge selectie kunnen plaatsvinden. Er is geselecteerd op zaken als levenservaring, zelfreflectie, zorgervaring, consequent kunnen handelen, emoties durven tonen en analytisch vermogen. Het feit dat men de sollicitanten uit de eigen

¹² Dit zijn tbs-gestelden die een tijd in een kliniek hebben verbleven maar voor wie vanwege stagnatie in de behandeling of vanwege een incident wordt besloten dat zij worden overgeplaatst naar een tweede kliniek.

werkomgeving kende, heeft de selectie vergemakkelijkt. Daarnaast heeft PI Vught afdelingen waar zorg wordt verleend. Mensen die hier reeds ervaring hebben opgedaan, zijn persoonlijk aangemoedigd om te solliciteren.

Achtergrond

De medewerkers werken allemaal op mbo-niveau. De meesten hebben in het verleden een opleiding tot inrichtingswerker gevolgd. Het is een bewuste keuze om met personeel te werken op mbo-niveau. Dit is afgestemd op de doelgroepen die zijn geplaatst op de afdelingen in Vught. De aanname van de Pompestichting is dat sociotherapeuten op hbo-niveau vanwege hun achtergrond erg gericht zijn op de therapeutische relatie. Voor de doelgroep tbs-gestelden met een antisociale persoonlijkheidsstructuur en tbs-gestelden met een hoge pcl-r-score is deze gerichtheid waarschijnlijk nadelig. De Pompestichting doet hier momenteel onderzoek naar.

Opleiding

Alle sociotherapeutische medewerkers hebben een stage gelopen bij de Pompestichting. Sommigen spreken van een achtweekse stage, anderen van een vijfweekse. In deze stage zat een opleiding psychopathologie, Lieberman-training en intervisietrajecten. Uit de groeps gesprekken met de medewerkers kwam naar voren dat mensen die later instroomden als stm'er niet de stage hebben gelopen bij de Pompestichting.

Daarnaast is ook een aantal piw'ers vanuit Vught drie maanden naar de Pompekliniek gedetacheerd geweest. Dit was om zogenaamde kruisbestuiving te bewerkstelligen. Net als in De Corridor (zie verderop) is dit niet goed van de grond gekomen.

Het opleidingsaanbod voor Vughtpersoneel is gelijk aan dat van het Pompepersoneel. Een nieuwe training die van start gaat in de Pompekliniek, wordt ook aangeboden in Vught.

Type aanstelling

Het personeel is en blijft in dienst van PI Vught. Bij goed functioneren is de mogelijkheid in het vooruitzicht gesteld dat de piw'ers zouden worden aangesteld als sociotherapeutisch medewerkers volgens het DJI functieprofiel. In de laatste interviewronde is dit voor de gehele ploeg geëffectueerd.

Behandeling

Omdat het voornamelijk tbs-gestelden betreft die uit detentie komen, wordt 'alles' als behandeling gezien: het aanbrenge van een dagstructuur, het functioneren in een groep en bijvoorbeeld het begrenzen van de bewoners. Daarnaast wordt Liebermantraining aangeboden, trainingen sociale vaardigheden en trainingen persoonlijke effectiviteit. Op indicatie is er dramatherapie, persoonlijkheidsonderzoek en deelname aan dadergroepen. Ook worden er individuele gesprekken gevoerd met de psycholoog.

Veiligheid

PI Vught is een streng beveiligde penitentiaire inrichting. Bij binnenkomst is er een sluizensysteem en het bezoek moet piepvrij door de poort. Na bezoek wordt de tbs-gestelde gevisiteerd. De afdelingen hebben de vrijheid hun eigen regels in te stellen: er mag bezoek op de kamer komen en ook wijkt men af van de invoerregels van de pi.

2.6.2 Vergelijking tussen project en de kliniek

Om een vergelijking te kunnen maken tussen Vught en de kliniek hebben we een audit gehouden op een opname-/behandelafdeling in Vught en op een behandelafdeling in de Pompekliniek. In deze paragraaf beschrijven we die zaken waarop we verschillen aantreffen.

Dagindeling

De in- en uitsluitijden verschillen tussen beide locaties. Vooral in het weekend is dit verschil groot: Vught sluit uit tussen 8.00 en 21.00 uur (doordeweeks) en in het weekend tot 18.00 uur. Ten tijde van de audit (april 2007) werd gekeken of dit in het weekend kan worden opgerekt. De Pompekliniek sluit uit tussen 8.15 en 22.30 uur, zowel doordeweeks als in het weekend.

Het dagprogramma verloopt nagenoeg hetzelfde. Het eten wordt door centrale keukens geleverd, maar men heeft de gelegenheid voor zichzelf te koken indien gewenst. In Vught kookt men in het weekend zelf.

Het ritme is op beide locaties individueel, er is geen verplichting tot het samen eten, samen de avond doorbrengen et cetera. In de kliniek is een centrale ontmoetingsplaats waar men pauze houdt en andere tbs-gestelden kan ontmoeten (kliniekbreed). In Vught is dit er niet. Het contact is beperkt tot de 23 tbs-gestelden op de behandelafdeling. In zowel de Pompekliniek als Vught mogen de bewoners in de ruimte komen waar de sociotherapeuten overdag veel verblijven. De sociotherapeuten hebben op beide locaties geen ruimte waar de bewoners niet komen.

Activiteiten/werk

Het aanbod is op beide locaties divers, zowel van crea-activiteiten als sport-activiteiten. De mate van deelname is op basis van vrijwilligheid en wat iemand psychisch en/of fysiek aankan. Dit gaat op beide locaties in overleg. Op de locatie Vught heeft men qua uren een maximum: zes uur en vijftien minuten crea-activiteiten, vier keer een uur sport overdag, twee keer een uur sport 's avonds. In de Pompekliniek is geen maximum aantal uren maar is het aanbod leidend: per blok wordt de capaciteit verdeeld en met de bewoner wordt besproken wat de wensen zijn en wat de mogelijkheden zijn. Voor een nieuwe bewoner betekende dit dat er geen mogelijkheden waren voor activiteiten. Hij kon pas meedoen bij het maken van het nieuwe rooster. In de kliniek zijn de werkmogelijkheden ook heel divers. In Vught is dit niet zo. Daar bestaat het werk hoofdzakelijk uit het werken in de wasserij.

Verpleging/behandeling

Men heeft op beide locaties een individueel behandelplan, dat met de tbs-gestelde wordt besproken en geëvalueerd. Daarnaast is er een aantal verplichte therapieën voor iedereen: zoals delictanalyse en dadergroepen. Gesteld kan worden dat het verpleeg-/behandelaanbod op beide locaties overeenkomt en men zich houdt aan dezelfde voorschriften, maar dat in de kliniek sprake is van een geoliede machine. Vught maakt hierin een opstartfase door. Op het moment van de audit was er in Vught aanbod van de therapieën, maar een paar bewoners gaven aan dat het een tijdje had geduurd voordat dit op gang kwam.

Beveiliging en toezicht

Over de gehele linie zijn de maatregelen voor beveiliging en toezicht in Vught strenger en worden deze strakker nageleefd dan in de kliniek. Urinecontroles worden in Vught regelmatig bij iedereen afgenomen, bezoek moet piepvrij door de poort, na bezoek wordt de tbs-gestelde gevisiteerd in Vught. In de kliniek wordt van het bezoek de tas gecontroleerd en wordt er (vrijwel) niet gevisiteerd. De kamerinspecties komen (op papier) even vaak voor maar worden naar onze indruk grondiger uitgevoerd in Vught.

Op beide locaties dragen medewerkers een alarm en zijn de afdelingen en gangen afgesloten. In Vught zijn de tbs-gestelden en gedetineerden altijd gescheiden, behalve bij één specifiek geval. Deze tbs-gestelde heeft aangegeven houtwerk te willen doen, wat hij nu samen met gedetineerden doet.

Medewerkers

In de aantallen medewerkers die op een afdeling werken, zit geen verschil. Wel is er verschil in de verhouding man/vrouw: in Vught is het merendeel man, in de kliniek is het merendeel vrouw. Ook is er verschil in opleiding: in Vught is het mbo-niveau en in de kliniek is het hbo- tot academisch opgeleid personeel.

Ruimte/sfeer

De gemeenschappelijke ruimtes komen op beide locaties overeen. Er is op beide locaties een patio. De gang met de eigen kamers komt in Vught meer over als cellenhal dan in de kliniek. De eigen ruimtes in Vught hebben een ventilatiestrook maar de ramen kunnen niet deels open. In de kliniek is er wel een raamstrook die open kan. Er is geen verschil in kamerinventaris: in Vught mogen dezelfde dingen worden ingevoerd als in de kliniek. In Vught zitten er nog wel tralies voor de ramen, maar op de longstay-afdeling in Vught zijn deze al weggehaald. De buitenruimte in de kliniek is ommuurd, in Vught is er sprake van hekwerk met schutting. De bewegingsvrijheid in Vught is echter wel beperkt. In de kliniek kan men terreinverlof hebben. In Vught heeft men dit niet omdat men gescheiden wordt gehouden van de gedetineerden.

Huisregels

Er zit verschil in de bezoektijden; in de kliniek is dit het hele weekend, de hele dag en avond (10.00-22.00 uur). In Vught is dit een veel kortere periode (tussen twee of vier uur op een weekenddag). In Vught is men gestart met

verlof. Ten tijde van de audit werd gezegd dat de inzet van de verlofbegeleidingsdienst nodig werd geacht (maar deze is voor beide locaties schaars). Op beide locaties waren de mogelijkheden tot de aankoop van producten en het houden van huisdieren, kledingvoorschriften, patiëntenraad en regels rondom telefoongebruik en roken nagenoeg gelijk. De bereikbaarheid met het OV is in Vught veel slechter (één keer per uur) dan bij de kliniek.

Conclusie

De beide locaties komen op veel punten overeen. Belangrijke verschillen zijn de bezoektijden, de mate van beveiliging/handhaving, de diversiteit van de werkzaamheden, het type medewerker en de bewegingsvrijheid. In de gesprekken die zijn gevoerd met een aantal bewoners werd de mate van bewegingsvrijheid als beperkend ervaren.

2.6.3 Beleving van tbs-gestelden en medewerkers

In september/oktober hebben we in PI Vught de laatste interviewrondes gehouden. Op de longstay-afdeling is er een groepsgesprek geweest met vier medewerkers en een gesprek met zes tbs-gestelden. Op de behandelafdeling zijn drie gesprekken geweest: één met vier behandelaars, één met vijf medewerkers en één met vijf tbs-gestelden.

Beleving tbs-gestelden

Onder de tbs-gestelden zijn drie groepen te onderscheiden: tbs-gestelden die net uit detentie komen, tbs-gestelden die stuk liepen in de kliniek en zijn overgeplaatst en tbs-gestelden die longstay zijn.

Aan de tbs-gestelden die net uit detentie komen, is meegedeeld dat zij zouden worden geplaatst in PI Vught. Zij zeggen dat ze liever naar een kliniek zouden zijn gegaan omdat zij denken dat daar eerder en meer wordt ingezet op de behandeling. Hun doel is zo snel mogelijk de tbs-maatregel opgeheven te kunnen krijgen en zij zien de plaatsing in Vught hierin als oponthoud. Voor een paar tbs-gestelden geldt dat zij stuk liepen in de Pompekliniek en daarom moesten worden overgeplaatst. Het feit dat Vught een dependance is van de Pompekliniek geeft de mogelijkheid tot overplaatsing zonder tussenkomst van ITZ. Deze tbs-gestelden geven aan achteraf blij te zijn met deze mogelijkheid. De longstay-patiënten benadrukken eigenlijk het tegenovergestelde: omdat ze zonder inmenging van ITZ kunnen worden overgeplaatst van de kliniek naar De Corridor en/of Vught, vinden ze dat ze tot speelbal verworden.

De beperkte bewegingsvrijheid ervaart men als een groot nadeel van de plaatsing in Vught. In de kliniek kan men zich over het gehele terrein bewegen. In de pi is de bewegingsruimte beperkt tot de eigen afdeling en de patio. Men heeft geen terreinverlof omdat de gedetineerden en de tbs-gestelden gescheiden worden gehouden. Het contact tussen de tbs-gestelden onderling wordt ook beperkt: er is vrijwel geen contact tussen de opnameafdeling en de longstay-afdeling. Daarnaast is de opnameafdeling onderverdeeld in de afdeling 6E en 6F. Ook deze afdelingen worden volgens de tbs-gestelden zo

veel mogelijk gescheiden gehouden. De tbs-gestelden van de opnameafdeling geven aan niet goed te begrijpen waarom deze scheiding wordt gemaakt: als men wel samen is, dan gaat het volgens hen goed. Voor de afwisseling in contacten en het organiseren van sportwedstrijden zou men het prettig vinden als de scheiding tussen 6E en 6F zou worden opgeheven.

Zowel de tbs-gestelden van de opnameafdeling als de longstay-patiënten vinden het activiteitsaanbod achterblijven bij dat in de kliniek. Het voordeel dat de tbs-gestelden van de opnameafdeling zien, is dat ze daardoor wel meer uren kunnen werken dan in de kliniek en dus meer geld kunnen verdienen. De mogelijkheden tot werk zijn echter beperkt: het gaat voornamelijk om werk in de wasserij op het pi-terrein. Men zou meer variatie willen. De longstay-patiënten vinden het aanbod van activiteiten en ontspanning één van de grootste knelpunten; ze vinden het werk eentonig en beneden hun (denk) niveau. Het aanbod van sportactiviteiten en onderwijs vindt men ook te beperkt. Ze geven aan dat er vooraf niet goed is nagedacht over de longstay-voorziening in Vught: de nadruk moet volgens hen liggen op de kwaliteit van leven en dat staat haaks op het voorzieningenniveau en bewegingsmogelijkheden in de pi.

De tbs-gestelden van de opname-afdeling zijn verdeeld over de behandeling. De tbs-gestelden die uit detentie komen, zijn van mening dat er minder op de behandeling wordt ingezet dan het geval zou zijn in een kliniek. Ze hebben dit van horen zeggen en geven aan dit geen goede zaak te vinden. Van de andere aanwezigen is één tevreden over de behandeling en zegt de ander dat hij vindt dat er te weinig aanbod is.

De longstay-patiënten geven aan dat er geen behandeling is vanwege het feit dat ze een longstay-predikaat hebben. Dit vinden ze niet juist: ze zitten geen levenslange straf uit dus de deur naar de samenleving moet altijd open blijven staan en daar is behandeling voor nodig. Als de behandelplannen en het contact met de behandelcoördinatoren wordt besproken, zegt een aantal weinig vertrouwen te hebben en daarom niet mee te willen werken.

Over het personeel en de bejegening zijn de tbs-gestelden met kliniekervaring (erg) tevreden. Men omschrijft de bejegening als direct, menselijk, open en eerlijk. Men geeft aan meer ruimte te voelen zichzelf te kunnen zijn. Als je een keer boos bent of scheldt dan kan dat en heb je niet direct een incident te pakken en een 'therapeutisch praatje' over wat er door je heen ging en wat er door de sociotherapeut heen ging. Een aantal aanwezigen zegt dat ze beter gedijen in deze setting en bijvoorbeeld veel minder incidenten hebben dan toen ze in een kliniek zaten. De sociotherapeuten in de kliniek worden als te therapeutisch en hypocriet omschreven. Men vertelt dat zij veel in hun eigen kamertje zaten, maar dat ze wel een hele rapportage konden schrijven. De tbs-gestelden die net uit detentie komen, maken een vergelijking met de piw'ers en geven aan de benadering wel therapeutisch te vinden.

Met name de longstay-patiënten geven aan dat zij (veel) minder goed af zijn in de pi dan voorheen in de kliniek. Men geeft aan nadeel te hebben van de pi-huisregels. Voorbeelden hiervan zijn de beperktere bezoektijden in de pi, het feit dat er na het bezoek wordt gevisiteerd en dat bezoek piepvrij door de poort moet. Een aantal longstay-patiënten vertelt dat dit afschrikt en dat zij hierdoor minder bezoek krijgen. Ook vindt men de insluitijden een nadeel: in de weekeinden zijn de insluitijden langer dan in de kliniek.

Beleving van medewerkers

De medewerkers hebben aan de start van het project een snuffelstage van een aantal weken gehad in de Pompekliniek. Daarnaast hebben ze onderwijs gehad over psychopathologie en hebben ze een Lieberman-training gevolgd. De medewerkers die niet meteen vanaf het begin werkzaam waren in de tbs-voorziening hebben deze opleiding niet gehad. Voor hen geldt voornamelijk 'training on the job'. Een enkeling is een aantal maanden gedetacheerd geweest bij de Pompekliniek in het kader van de kruisbestuiving. In de praktijk is het echter bij een enkeling gebleven, omdat dit traject niet goed van de grond is gekomen. In januari 2008 begint voor iedereen een 'serieus' opleidingstraject. Alhoewel men tevreden is over de training die men voorafgaand aan het project heeft gekregen, is men toch van mening dat het echte opleidingstraject eerder had kunnen beginnen.

Voor de medewerkers is de doelgroep tbs nieuw. De medewerkers vertellen dat de sfeer onderling open is; je kunt elkaar altijd feedback vragen. Iedereen zit in hetzelfde schuitje en moet leren. Daarnaast ervaart men dat men ook makkelijk bij de behandelcoördinatoren, zorgmanager of afdelingshoofd terecht kan. Tijdens de overdracht is er ook altijd aandacht voor hoe je een situatie moet inschatten en of iets incidentwaardig is of niet. Daarnaast zijn er één keer in de drie weken stafmiddagen waar wordt verteld over het tbs-stelsel, psychopathologie en waar de medewerkers vragen kunnen stellen. Over het algemeen is men (erg) tevreden over de wijze van aansturing en ondersteuning en voelt men zich voldoende toegerust om met deze doelgroep te werken. De behandelaars zijn ook tevreden over hoe de medewerkers hun nieuwe taken oppakken. In het begin zag men wel hiaten in de kennis betreffende psychopathologie. Daarin is men nog steeds lerende. Ook waren de medewerkers niet gewend om wettelijke aantekeningen op te stellen en hierop was/is extra supervisie nodig.

Een aantal medewerkers vertelt dat het in het begin wel wennen was om in een tbs-voorziening te werken. Voor een piw'er staat structuur en veiligheid voorop. Een piw'er denkt in termen van handhaving, beheersing en straf. Als voorbeeld hierbij geven ze het separeren van iemand. In detentie gebeurt dit als maatregel als iemand lastig is of gevaarlijk. Vooraf staat direct de duur van separatie vast. In de tbs separeer je iemand voor zijn eigen veiligheid en om de situatie de baas te blijven. Vervolgens bekijk je gedurende de separatie of deze verlengd of opgeheven dient te worden. Als sociotherapeutisch medewerker ga je het gesprek aan met de tbs-gestelde, maak je meer contact

en bouw je een vertrouwensrelatie op. De medewerkers vertellen deze omslag gemaakt te hebben en er ook veel voldoening uit te halen. Ze typeren hun werkwijze als directer dan in de kliniek. Ook denkt men dat men minder bang is en ergens sneller 'tussen springt' als er escalatie dreigt.

Uit het gesprek met de behandelaars kwam naar voren dat, hoewel het nog wordt onderzocht, men nu al de indruk heeft dat het bieden van structuur en de directere werkwijze van de medewerkers een positief effect heeft op de gekozen doelgroepen.

Op de vraag of de behandelaars een tbs-voorziening binnen de muren van de pi uitvoerbaar vinden, antwoordden ze positief. Het succes ligt volgens hen in de behoefte van de doelgroep aan structuur en een andere bejegening vanuit het personeel. De sociotherapeutisch medewerkers zien wel een beperking in de voorziening voor de longstay-patiënten. De mogelijkheden tot werken en recreëren zijn beperkt, dus voor longstay-patiënten met een low care status is het wellicht te sober. Voor longstay-patiënten met een high care status vindt men het wel een geschikte locatie.

Zowel de sociotherapeutisch medewerkers als de behandelaars zijn (zeer) positief over het verloop van het project. Voor de sociotherapeutisch medewerkers komt daarbij dat ze de nieuwe doelgroep en werkwijze als een verrijking zien voor hun werkzame bestaan. Met veel enthousiasme zijn ze aan het nieuwe werk begonnen en hebben zij de kinderziektes zo goed als mogelijk proberen op te lossen. Tijdens de laatste interviewronde gaven de sociotherapeutisch medewerkers van de longstay-afdeling echter aan dat het organiseren van activiteiten en ontspanning veelal afhangt van hun eigen goodwill en dat het lijkt alsof nergens geld voor is vrijgemaakt. Men had de indruk dat de pi en de Pompekliniek het als elkaars verantwoordelijkheid zien. Bij de sociotherapeutisch medewerkers ontstaat het gevoel dat de tbs-gestelden en zij er de dupe van worden en zij gaven aan dat daardoor hun enthousiasme om op eigen titel activiteiten te ontwikkelen tanende is.

2.6.4 Samenvatting en conclusie

Het project in Vught kent een succesvol verloop. Het project stoelt op een constructieve samenwerking tussen de Pompestichting en PI Vught. De inkoopconstructie die tussen beide bestaat, lijkt hierin bepalend te zijn. Pi Vught is in samenwerking met de kliniek in staat gebleken om kundige en enthousiaste mensen aan te nemen op leidinggevende functies. Ook zijn zij vanwege de vele aanmeldingen in staat geweest om uit de eigen pool van medewerkers een goede selectie te maken van personeel dat ofwel ervaring had met het verlenen van zorg ofwel hiermee affiniteit had. De cultuur lijkt zich te kenmerken als open: open voor veranderingen en open om (van elkaar) te willen leren. Daarbij heeft het personeel de eigenheid in het benaderen van de doelgroep behouden. Deze wordt door de sociotherapeutisch medewerkers zelf, de behandelaars en door de tbs-gestelden omschreven als direct, open en eerlijk. Voor de doelgroep tbs-gestelden die geplaatst zijn in Vught heeft

deze benadering een positief effect.

Uiteraard heeft het project een opstartfase doorgemaakt. Het verpleeg/-behandelaanbod en het aanbod van activiteiten en werk is lopende het project op gang gekomen of is lopende het project uitgebreid. Ook zijn er veranderingen doorgevoerd in de populatie op de opname-/behandelafdeling. In het begin zaten hier tbs-gestelden die werden overgeplaatst naar een tweede kliniek. Zij kwamen daardoor samen met tbs-gestelden uit detentie. Dit bleek in praktijk niet goed te mengen. In de zomer van 2007 heeft er daarom een overplaatsing plaatsgevonden.

Het project Vught heeft – zeker in vergelijking met reguliere klinieken – een aantal beperkingen. Het aanbod van activiteiten en werk is beperkt. Daarnaast hebben de tbs-gestelden veel minder bewegingsvrijheid dan zij in de kliniek zouden hebben. De doelgroepen die in Vught worden geplaatst, moeten hierop worden afgestemd. Als opnameafdeling waar tbs-gestelden uit detentie moeten wennen aan nieuwe vrijheden is PI Vught een goede locatie. Daarnaast is het mogelijk om longstay-patiënten, die een hoge mate van beveiliging nodig hebben, in Vught te plaatsen. Dit geldt ook voor tbs-gestelden die wel varen bij de mate van structuur die in Vught geboden wordt. De beperkingen van de locatie zorgen er echter voor dat de pijlers ‘werken’ en ‘recreëren’ minder uit de verf komen dan in de kliniek. PI Vught is daarom minder geschikt voor longstay-patiënten die minder beveiliging nodig hebben. Een ander punt dat wij in de conclusie willen noemen, is de projectstatus van PI Vught. De capaciteit is direct bij de start van het project uitgebreid ten opzichte van het projectplan. Daarnaast is er nieuwbouw gepleegd voor de longstay-afdeling en zijn alle piw’ers sinds 1 september 2007 gepromoveerd tot sociotherapeutisch medewerkers. Van een tijdelijke voorziening lijkt daarom geen sprake.

2.7 Project De Corridor

2.7.1 Feitelijke stand van zaken

Peildatum	April 2007
Kliniek	De Pompestichting
Penitentiaire inrichting	De Corridor
Looptijd	Begin 2006-
Capaciteit	40
Beoogde doelgroep	Longstay (10 psychotici, 30 persoonlijkheidsgestoorden)
Bezetting (juni 07)	40 (20 psychotici en 20 persoonlijkheidsgestoorden)
Personele bezetting	41 (fte)

Algemeen

De Corridor was voorheen een inrichting voor jongvolwassenen en onderdeel van PI Noord-Brabant Noord. De Corridor wijkt af van de andere vijf projecten omdat er eigenlijk geen sprake is van tbs in pi’s. Vanaf het begin (februari 2006) af aan waren er geen gedetineerden meer op het terrein en was De

Corridor een tbs-voorziening.

De meest recente plannen waren dat De Corridor per 1 januari 2008 zou overgaan. Onlangs hebben we echter van het management begrepen dat er vertraging in het overleg hierover is gekomen. Hierdoor is er nog geen besluitvorming gekomen over eventuele compensaties voor het personeel dat overgaat naar de GGZ. Waarschijnlijk schuift door deze vertraging ook de overgangdatum op.

De Corridor kenmerkt zich door de veranderingen die zich in de gehele onderzoeksperiode hebben voorgedaan. De personeelsleden zitten in een overgangssituatie, omdat niet van meet af aan duidelijk was in welke constructie DJI en de Pompestichting zouden gaan samenwerken. Daarnaast staat er nieuwbouw op stapel, hetgeen een capaciteitsuitbreiding inhoudt. In september 2007 is men begonnen met de realisatie van de nieuwbouw. Verwacht wordt dat hiervoor één tot anderhalf jaar nodig is. De capaciteit zal 88 plekken bedragen. In de originele plannen zou er binnen een jaar na de start nieuwbouw zijn gerealiseerd. Hierin is vertraging gekomen vanwege de regels die voor rijksgebouwen anders zijn dan voor particuliere bouw. Voor de tbs-gestelden betekent dit dat zij langer in een sobere voorziening moeten verblijven dan vooraf was gepland.

Doelgroep

De Corridor heeft veertig longstay-plaatsen. Vooraf waren dertig plaatsen beoogd voor tbs-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis en tien voor psychotici.

Bezetting capaciteit

De instroom van tbs-gestelden is geleidelijk gegaan: in februari 2006 zijn de eerste bewoners ingestroomd en ongeveer een jaar later (februari 2007) was de capaciteit van veertig bewoners bereikt. De beoogde verdeling tussen persoonlijkheidsgestoorden en psychotici van 30:10 is in praktijk anders gegaan. Op de peildatum (april 2007) waren twintig persoonlijkheidsgestoorden geplaatst in De Corridor en twintig psychotici/schizofrenen. Uit het Kempehuis kwamen elf bewoners. De overige bewoners zijn vanuit andere tbs-klinieken of GGZ-instellingen ingestroomd.

Personeel

Op het gebied van personeelsbeleid zijn er op De Corridor behoorlijk wat knelpunten. De constructie van samenwerken tussen DJI en de Pompestichting leek vooraf duidelijk, maar is lopende het project veranderd. Eerst was er sprake van een inkoopconstructie waarbij het personeel in dienst bleef van DJI. Snel na de start werd duidelijk dat De Corridor op termijn in zijn geheel, waaronder ook het personeel, over zou gaan naar de Pompestichting. Met de personeelsleden zijn vervolgens gesprekken gevoerd over wat dit voor hun individuele situatie betekent.

Werving/selectie

In principe heeft het gehele personeelsbestand de mogelijkheid gehad om te blijven werken op De Corridor toen het een tbs-voorziening werd. Er is echter

wel verloop geweest van personeel: sommige personeelsleden voorzagen onduidelijkheid in hun arbeidssituatie en zijn doorgestroomd naar andere DJI-locaties.

Achtergrond

Het personeel van De Corridor is (ex-)DJI-personeel. De behandelcoördinatoren komen van de Pompestichting. Vanaf het begin is er een sterfhuisconstructie geweest, wat betekent dat de Pompestichting elke vacature opvult. Een deel van het personeel dat voorheen in de inrichting voor jongvolwassenen werkte, had een sportopleiding als achtergrond. Het betreft zowel hbo-niveau (ALO: Academie voor Lichamelijke Opvoeding) als mbo-niveau (CIOS: Centraal Instituut Opleiding Sportleiders). Om het personeel te begeleiden in het werken met de nieuwe doelgroep zijn er ook medewerkers vanuit de Pompestichting gedetacheerd geweest om kennis en ervaringen te delen.

Opleiding

Elke medewerker heeft in principe een drieweekse training gevolgd. Deze training bestond uit een snuffelstage gedurende een week in de Pompekliniek. Daarnaast kreeg men onderwijs over (de juridische kant van) het tbs-stelsel, interventiewerk en psychopathologie.

Circa zestien Corridormensen zijn gedurende drie tot zes maanden werkzaam geweest in de Pompekliniek. Tien Pompemedewerkers hebben in dezelfde periode op De Corridor gewerkt. Op dit moment werken vier ervaren Pompe-medewerkers op vaste basis op De Corridor.

Het detacheren over en weer van personeel had als doel om kruisbestuiving te bevorderen.

Type aanstelling

Zoals eerder genoemd is de constructie waarin de Pompestichting en DJI in het project De Corridor gingen samenwerken lopende het project definitief geworden. De Pompestichting gaat De Corridor en haar personeel overnemen. In principe zou dit per 1 januari 2008 in moeten gaan. Voor het personeel betekent dit dat hun rijksdienstverband overgaat naar een dienstverband bij de Pompestichting. Met elke werknemer zijn individuele gesprekken gevoerd over dienstverband en inschaling. Voor een aantal mensen geldt dat zij, op basis van hun geboortjaar, tot einde dienstverband gedetacheerd blijven vanuit DJI. We komen op deze kwestie terug bij de beschrijving van de beleving van de medewerkers.

Verpleging/behandeling

De doelgroep die geplaatst is in De Corridor, betreft longstay. Dit betekent dat voor hen de behandeling met als doel resocialisatie is beëindigd. De verpleging/behandeling die wel wordt gegeven, is gericht op het stabiel houden van de patiënt. Vooral voor de doelgroep psychotici is dit van belang.

Binnen een longstay-voorziening dient elk jaar een behandelplan opgesteld en besproken te worden. De eerste anderhalf jaar heeft De Corridor een ritme

aangehouden van een half jaar. Dit was om beter te kunnen monitoren of men met de bewoners op het goede spoor zat.

In de eerste anderhalf jaar van het project kon De Corridor aanspraak maken op een psychiater die werkzaam is in de Pompekliniek. Ten tijde van de laatste interviewronde (oktober 2007) was er een psychiater aangetrokken uitsluitend voor het cluster longstay.

Veiligheid

De Corridor heeft een grote mate van beveiliging. Bezoekers moeten piepvrij door de poort. Daarnaast is er veel zichtbare en onzichtbare beveiliging. Het terrein is afgezet met een hoog hekwerk en heeft concertina's (prikkeldraadrollen) naast stroomvoerende alarmdraden. Het terrein bestaat uit een aantal paviljoens; elk paviljoen is begrensd met hekwerk en stroomvoerende alarmdraden. De wandelgangen bestaan veelal uit ramen die van boven tot aan beneden lopen en dit is afgezet met traliewerk. De gebouwen hebben gedeeltelijk een overklimbeveiliging met stroomvoerende draden. Ook het dak is op eenzelfde wijze beveiligd.

2.7.2 Vergelijking tussen project en de kliniek

Om een vergelijking te kunnen maken tussen De Corridor en de kliniek hebben we een audit gehouden op De Corridor en op een afdeling in het Kempehuis, waar psychotische patiënten met een longstay-status verblijven. In deze paragraaf beschrijven we die zaken waarop we verschillen aantreffen.

Gebouwelijke omgeving/faciliteiten

Op het gebied van ruimte/sfeer zit er veel verschil tussen de kliniek en De Corridor. De Corridor is grijzer, heeft weinig kleur, veel hekwerk en lage plafonds in de wandelgangen. Het Kempehuis daarentegen is kleurrijker, vriendelijker en heeft een huiselijke inrichting.

Ook in de ruimte die de bewoners hebben, zit verschil. In De Corridor heeft men twee aparte kamers. Eén van die kamers wordt door de bewoners echter vaak gebruikt als opslag, omdat je er na insluiting (21.30uur) geen gebruik van kan maken. Op de kamers in De Corridor is geen natte cel en ook geen toilet. Iedereen heeft op één van beide kamers een chemisch campingtoiletje. Ook heeft men geen stromend water op de kamer. Op de kamers is een ventilatiestrook, maar de ramen kunnen geen stukje open. In mei/juni 2007 is er een klein klapraam gerealiseerd. In september 2007 is er ook een mechanische dakventilator geplaatst. In het Kempehuis verschillen de kamers qua grootte onderling. Wel heeft iedereen toilet en douche op de kamer. Ook is er een strook in het raam dat opengezet kan worden.

Bij het verschil in gebouwelijke omgeving dient te worden opgemerkt dat men in De Corridor bezig is met de realisatie van nieuwbouw. In de nieuwbouw worden ruime kamers gerealiseerd met afgeschermd douche en toilet op de kamer. Ook biedt elke kamer de mogelijkheid om afgeschermd op een eigen plaatsje te zitten.

Dagindeling

De in- en uitsluittijden verschillen. In De Corridor wordt men een uur eerder uitgesloten dan in het Kempehuis (8.00 uur versus 9.00 uur), maar ook iets eerder ingesloten: 21.30 uur tegenover 22.00-22.30 uur. In het weekend zijn de uitsluittijden in De Corridor anders: van 9.00 uur tot 19.00 uur. In de kliniek zijn de uitsluittijden door de week niet korter.

Het ritme is op beide locaties individueel: men mag zelf besluiten of men alleen eet, of gezamenlijk. Tijdens de lunch wordt op beide locaties warm eten gereserveerd dat uit de centrale keuken komt. Het dagprogramma verschilt per locatie: op De Corridor is er ook een middagprogramma vanaf 13.30 uur tot 17.00 uur. In het Kempehuis is de middag vanaf 14.30 uur vrij. Op beide locaties is een centrale ontmoetingsplaats waar de longstay-patiënten elkaar kunnen ontmoeten.

Aanbod van werk en activiteiten

Het aanbod van werk en activiteiten is op beide locaties divers, zowel handenarbeid, crea-activiteiten, (productie) werk als sport. Het kan worden gesteld dat het werkaanbod van De Corridor in diversiteit achterblijft bij dat van de kliniek. De kliniek is reeds een geoliede machine waar veel activiteiten en werkzaamheden worden aangeboden die met de eigen bedrijfsvoering te maken hebben, zoals postkamerwerk, winkelwerk, kantinewerk, werken in het dagactiviteitencentrum et cetera. De Corridor maakt hierin een startfase door. Het positieve van de laatste locatie is echter dat men maatwerk probeert te leveren. Eén tbs-gestelde gaf aan in de buitenlucht te willen werken om bijvoorbeeld hout te hakken. Voor hem is dat op het beveiligde terrein van de kliniek geregeld. Een ander heeft een agrarische achtergrond en voor hem is de mogelijkheid geschapen om op het beveiligde terrein een weide met geiten aan te leggen et cetera. Op De Corridor was de bedrijvigheid opvallend groot tijdens de dagprogramma's. Op het Kempehuis was dit vanwege de aandoening van de tbs-gestelden veel minder.

Huisregels

De huisregels op beide locaties zijn nagenoeg hetzelfde. In De Corridor kan men nu driemaal per week tussen 10.00-18.30 uur of 21.00 uur bezoek ontvangen. In het Kempehuis vertelde men dat de mensen vrijwel geen bezoek krijgen, dus als iemand komt, doet men niet zo moeilijk over de tijd. In De Corridor zijn kleine huisdieren toegestaan, men mag bellen naar gescreende nummers, men kan boodschappenlijsten invullen, de eigen ruimte is af te sluiten en de kledingvoorschriften volgen de fatsoensnormen. In het Kempehuis gelden deze huisregels ook. De privileges zijn op beide locaties deels op indicatie.

2.7.3 Beleving van tbs-gestelden en medewerkers

Beleving tbs-gestelden

Met vier tbs-gestelden hebben we een groepsgesprek gehouden. Hierbij

waren twee bewoners aanwezig met een psychotische aandoening en twee bewoners met persoonlijkheidsproblematiek.

Drie van de vier aanwezigen geven aan dat zij geen inspraak hebben gehad in de overplaatsing naar De Corridor. Over de locatie zelf en de voorzieningen zegt men geen informatie gehad te hebben. Eén aanwezige vertelt dat hij drie locaties heeft op kunnen geven waar hij naartoe zou willen. De Corridor stond daarbij op nummer drie. Hem was verteld dat de mate van structuur hem goed zou doen.

De aanwezigen menen dat zij qua verpleging/behandeling slechter af zijn dan op andere longstay-afdelingen. Het duurt volgens hen lang voordat een gesprek met de psychiater wordt gehonoreerd.¹³ Daarnaast mist men continuïteit in de gesprekken die men doorgaans had met de mentor. Het niveau van deze gesprekken vindt men ook lager dan op andere plekken.

Over het personeel is men – een uitzondering daargelaten – niet erg te spreken. De kritiek die wordt geuit, richt zich zowel op de bejegening door als op de deskundigheid van de forensisch psychiatrisch begeleiders (de fpb'ers). De fpb'ers denken volgens de tbs-gestelden dat zij nog steeds met kinderen werken. Men lacht vragen en opmerkingen veelal weg en neemt niet de tijd om dingen aan je uit te leggen. Eén van de aanwezigen vertelt dat de sociotherapeut in de Pompekliniek soms wel drie keer iets aan hem uitlegde, maar dat men hier dan begint te lachen. Ook vindt men dat het personeel geen ervaring heeft met het geven van zorg en dat ze kennis van de ziektebeelden missen, waardoor zij zich niet goed aangesproken voelen door hen. De tbs-gestelden hechten waarde aan de gesprekken die zij voorheen hadden met hun mentor. Op De Corridor worden deze gesprekken minder gevoerd en vrijwel nooit op initiatief van de mentor. Dit ziet men als een gemis. Ook was men gewend dat de mentor in de kliniek soms even op je kamer kwam om afgezonderd een gesprek te voeren, dat gebeurt niet op De Corridor. Het niveau van de mentor-gesprekken vindt men ook lager dan men was gewend. Het liefst zou men zelf zijn mentor kiezen, omdat je met de ene medewerker meer hebt dan met de ander. Als een oorzaak van hun kritiek op de medewerkers noemen zij personele onderbezetting. In de kliniek werken de sociotherapeuten met drie op de afdeling, in De Corridor met twee. Door personeelstekort wisselen volgens de tbs-gestelden de teams ook geregeld en valt het personeel in op andere afdelingen.¹⁴ Als de bewoners dan iets willen regelen of vragen, wordt hen gezegd dat ze beter kunnen wachten op de vaste ploeg.

¹³ Op het moment van het groeps gesprek was er sinds kort een psychiater in dienst. Daardoor kan worden verwacht dat deze klacht vanaf dat moment is verholpen.

¹⁴ Volgens het management is er binnen De Corridor sprake van een standaardbezetting. Wel geeft men aan dat door een aantal factoren, waaronder de kleine schaalgrootte, het gewenst inroosteren van personeel lastig is. In vakantieperiodes of bijvoorbeeld in een periode dat iedereen twee dagen op cursus moet, kan niet worden gegarandeerd dat het tweede staf lid ook uit het eigen team komt.

Over de activiteitenbegeleiders is men overigens (zeer) lovend; deze mensen maken er het beste van met de weinige middelen die zij hebben.

Men vindt de zichtbare beveiliging van De Corridor te veel. De grote hekken om het terrein snapt men wel; dat moet vanwege de onrust in de buurt. De rollen prikkeldraad komen volgens hen echter erg vijandig over. Ook vinden ze de stroomvoerende draden boven de hekken die de patio's omgrenzen overdreven. De draden hangen laag, lange mensen kunnen er zo bij.

De insluitijden zijn strenger dan in de klinieken, vooral in het weekend. Dit vindt men een nadeel.

Positief is men zoals gezegd over de activiteitenbegeleiders. Daarnaast is men blij met de buitenruimte/natuur. Eén van de aanwezigen is blij met de structuur die hij ervaart. Ook geeft men aan dat het positieve van het hebben van twee kamers is dat je veel ruimte hebt voor opslag. Men vraagt zich nu af of in de nieuwbouw wel even veel plaats is voor de spullen.

Beleving van medewerkers

We hebben een groepsgesprek gehouden met zes fpb'ers. Daarnaast hebben we een gesprek gehouden met vier behandelaars (behandelcoördinatoren, een maatschappelijk werker en een verpleegkundige).

Gesprek met forensisch psychiatrisch begeleiders

De overgang van De Corridor naar een tbs-voorziening wordt door de fpb'ers als plotseling beschreven. Vlak na het besluit zijn de jeugdige gedetineerden overgeplaatst en hebben de medewerkers een paar maanden in een leeg gebouw 'gewerkt'.

De overname van De Corridor door de Pompestichting houdt de gemoederen erg bezig en dit onderwerp neemt een prominente plek in tijdens het groepsgesprek. In eerste instantie konden mensen die in 1950 of eerder geboren waren bij DJI blijven en op detacheringsbasis binnen de Pompestichting werken. Later is dit opgerekt naar 1953. Men beklagt zich over het feit dat nu de medewerkers van na 1953 buiten de boot vallen.

Met ieder personeelslid is afzonderlijk een aantal gesprekken gevoerd over de continuering van het arbeidscontract. Een aantal aanwezige fpb'ers zegt niet tevreden te zijn over deze gesprekken, onder andere omdat de personeelsafdeling volgens hen niet goed op de hoogte was van hun cv.

De begeleiders zien als hoofdprobleem dat vanaf het begin af aan niet duidelijk is gecommuniceerd over de toekomst van de medewerkers. De medewerkers hebben het gevoel dat er vanuit de directie van de pi veel toezeggingen zijn gedaan betreffende de inschaling van de functies die de Pompestichting nu moet waarmaken, maar niet kan waarmaken. Men vindt de Pompestichting in dezen coulant '*die zitten ook maar met de beloftes opgescheept*'. Al met al is de stemming mineur.

Voor de fpb'ers is het werken met tbs-gestelden nieuw. Om met de nieuwe doelgroep te leren werken, hebben zij een drieweekse training gevolgd. Men is tevreden over de training. Er moest echter ook kruisbestuiving ontstaan doordat er over en weer mensen zouden worden gedetacheerd. Dit vond men een goed plan, maar in praktijk is er volgens de medewerkers vrijwel geen sprake geweest van kruisbestuiving. Daarvoor heeft het te kort en op te incidentele basis plaatsgevonden.

Sommigen vinden dat zij voldoende worden ondersteund in het werken met de nieuwe doelgroep, anderen vinden dit niet. Men is het er wel over eens dat dit op eigen initiatief moet gebeuren: als je zelf niets aangeeft, dan gebeurt er niets. Bij de behandelcoördinatoren kunnen ze overigens wel altijd binnenlopen voor advies.

Men is positief over het eigen functioneren. De aanwezigen geven aan dat ze door het werken met jeugdigen gewend zijn om te confronteren en dat ze hierdoor dichter bij de mensen staan.

Men vindt De Corridor een mooie locatie, omdat het midden in de natuur ligt. Het zou dus een heel goede locatie voor tbs-gestelden kunnen zijn. Op dit moment echter vinden sommigen het gebouw niet voldoen en de sanitaire voorzieningen beneden de maat. De aanwezigen vertellen dat er in de afgelopen anderhalf jaar veel werk is verzet met beperkte middelen.

Gesprek met behandelaars

Ook in het gesprek met de behandelaars is veel gesproken over de medewerkers. Men vertelt dat De Corridor is overgenomen met het personeel. Een aantal mensen is weggegaan naar andere DJI-locaties. De groep mensen die is blijven zitten, heeft volgens de aanwezigen niet specifiek gekozen voor de doelgroep tbs, maar vooral de (vertrouwde) locatie laten meewegen in hun besluit. Het niveau is vooral mbo. Hier kan in principe prima mee gewerkt worden, maar een aantal behandelaars had liever een relevante opleiding als achtergrond gezien. Dit is bij een deel van de zittende groep medewerkers volgens hen niet het geval. Om deze reden vinden in ieder geval twee aanwezigen dat er extra moet worden ingezet om het personeel te scholen. Hiaten die zij zien zijn: kennis van psychopathologie, juiste bejegening, schrijfkwaliteiten, observatietechniek en zelfreflectie.

Men ziet wel potentie in de mensen en de verwachting is dat als de situatie rondom de overname duidelijk is, iedereen zich meer op de toekomst gaat richten. Op dit moment liggen de trainingen al klaar. Ook de Pompestichting heeft tot nu toe meer duidelijkheid betreffende de overname afgewacht alvorens men ging investeren in opleidingen.

Positief van het personeel vinden de aanwezigen dat er op sommige afdelingen veel werk wordt verzet en dat de medewerkers goed zijn in de omgang en het neerzetten van een goede sfeer. Ook is men enthousiast over de activiteitenbegeleiders. Zij proberen naar aanleiding van de wensen van de bewoners activiteiten te ontwikkelen.

Men is bang dat het de bewoners aan het één en ander ontbroken heeft door de perikelen rondom de overname, de onduidelijkheden voor het personeel en het feit dat er tot recent geen psychiater op De Corridor was. Men is er echter wel van overtuigd dat De Corridor een perfecte locatie is om een hoogwaardige tbs-voorziening te realiseren. Men is enthousiast over de nieuwbouw, de natuur en het weidse uitzicht.

2.7.4 Samenvatting en conclusie

Uit de casestudie van De Corridor komt duidelijk naar voren dat er knelpunten zijn (geweest) voortvloeiend uit het formaliseren van de overname en de vertraagde nieuwbouw.

De medewerkers lijken (logischerwijs) zeker de afgelopen maanden voornamelijk gepreoccupeerd te zijn geweest door de overgang van rijksambtenaar naar de private sector. Ook de Pompestichting heeft gewacht met het investeren in de deskundigheidsbevordering van het personeel totdat duidelijk is wat de definitieve situatie is van de medewerkers. Hoewel deze keuze logisch lijkt, kan worden aangenomen dat de deskundigheid waarmee de tbs-gestelden begeleid zijn in de afgelopen anderhalf jaar lager heeft gelegen dan in de kliniek. In het groepsgesprek gaven de tbs-gestelden duidelijk aan welke hiaten zij zien en gaven ze aanknopingspunten aan voor verbetering. Zij hechten waarde aan de mentorgesprekken; deze zouden vaker en ook op initiatief van de mentor zelf plaats moeten vinden. Ook in de begeleiding zouden de medewerkers moeten worden ondersteund. De grootste hobbel in de overname van het personeel wordt hopelijk binnenkort genomen. De verwachting is dat vanaf dat moment extra aandacht komt voor scholing en begeleiding van het personeel, zodat de potentie die aanwezig is, ontwikkeld kan gaan worden.

Door de vertraging in de nieuwbouw verblijven de tbs-gestelden veel langer dan verwacht in een sobere voorziening. De nieuwbouw is ondertussen gestart en als deze gereed is (najaar 2008), kunnen de bewoners over naar ruime en mooie kamers.

De Corridor moet worden gezien als een locatie die volop in ontwikkeling is en die naar alle waarschijnlijkheid een blijvende, zeer hoogwaardige tbs-voorziening gaat worden. Achteraf kan en moet uiteraard wel een kritische kanttekening worden geplaatst bij de snelheid waarmee het project van start moest gaan. De instroom van bewoners is begonnen voordat de samenwerking/overname tussen de Pompestichting en DJI duidelijk was en voordat de plannen voor de nieuwbouw er wettelijk door waren.

3 RELEVANTE DOCUMENTEN

In het vorige hoofdstuk hebben we de zes projecten beschreven. In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de verschillende visies die bestaan op de ontwikkeling om tbs-capaciteit in het gevangeniswezen te realiseren. We gaan in op de standpunten van de Landelijke Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV)¹ en aan het advies van de RSJ (Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming). Ook worden kort de bevindingen beschreven van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt). Beide inspecties hebben kort na de start in 2006 een ronde gemaakt langs de projecten.

3.1 LBHIV

In haar notitie 'De terbeschikkingstelling in de middenpositie' (2005) beschrijft het LBHIV de positie van de tbs-inrichtingen binnen een 'breder forensisch zorgveld'. De inrichtingen nemen volgens het LBHIV een *middenpositie* in tussen de justitiële voorzieningen en de geestelijke gezondheidszorg. Bij de samenwerking met het gevangeniswezen signaleert het LBHIV drie ontwikkelingen:

1. De lange wachttijd van tbs-gestelden in de gevangenis na het verstrijken van hun straf (het passantenprobleem).
2. De toename van het aantal psychiatrisch zieke mensen in de gevangenis.
3. De terugplaatsing van patiënten *zonder* psychiatrische kwetsbaarheid naar een gevangenisomgeving, omdat daar hoogbeveiligde voorzieningen voor langdurig verblijf (longstay) aanwezig zijn.

Voor de realisatie van capaciteit in het gevangeniswezen werken tbs-klinieken samen met de penitentiaire inrichtingen. De verwachting is dat hiermee het passantenprobleem (deels) wordt opgelost. Het LBHIV plaatst hierbij een paar kanttekeningen:

- De realisatie van capaciteit in het gevangeniswezen mag niet ten koste gaan van de capaciteitsgroei in tbs-inrichtingen.
- Er blijft behoefte aan (extra) capaciteit in de reguliere geestelijke gezondheidszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg voor patiënten die niet in een gevangenisomgeving kunnen worden behandeld.
- 'Verantwoorde doorstroom en uitstroom' moet het doel van de behandeling blijven.

Het LBHIV meent dat behandeling van een tbs-gestelde, die gericht is op 'verantwoorde re-integratie in de maatschappij', eigenlijk niet goed te rijmen

¹ Hierin hebben de behandeldirecteuren van de forensisch psychiatrisch instituten zitting.

valt met de situatie binnen een gevangenis. Deze is er immers op gericht om de gedetineerden (voorlopig) binnen te houden. Ze merkt daarom op: *“In algemene zin breekt nood wet en werken onze klinieken mee aan het creëren van tijdelijke capaciteit in gevangenissen om het passantenprobleem op te lossen. Op termijn moet het onderscheid tussen detentie en zorg echter als principieel standpunt overeind blijven, wil de forensische psychiatrie haar kwaliteitsniveau behouden en verder ontwikkelen.”*

Uit de notitie van het LBHIV blijkt dat de tbs-inrichtingen de tbs-capaciteit binnen het gevangeniswezen als een tijdelijk fenomeen zien. Structurele samenwerking van de tbs-inrichtingen met het gevangeniswezen richt zich op de instroom en/of het voortraject van de behandeling en eventueel op duurzame beveiliging (longstay) van een deel van de longstay-populatie.² Ongeveer de helft van de tbs-plaatsen die per 1 januari 2006 in het gevangeniswezen zijn gecreëerd, zijn longstay-plaatsen. Het gaat echter niet om doelbewuste ‘terugplaatsing van patiënten *zonder* psychiatrische kwetsbaarheid naar een gevangenisomgeving’.

3.2 Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming

In 2005 heeft DJI de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming om advies gevraagd over twee plannen voor uitbreiding van de tbs-capaciteit; de pilot ‘Voorbehandeling tbs-passanten in het gevangeniswezen’ die in het voorjaar 2005 is gestart en de uitbreiding van de tbs-capaciteit met 148 plaatsen in het gevangeniswezen per 1 januari 2006.

De raad heeft zijn reactie op beide adviesaanvragen in één advies uitgebracht, ‘Advies tbs in het gevangeniswezen’ (31 januari 2006), aangezien de twee plannen in elkaars verlengde liggen. Het eerste project is feitelijk geen uitbreiding van tbs-capaciteit, maar ‘voorbehandeling’ of ‘preklinische behandeling’ van tbs-passanten in een huis van bewaring. In haar advies spreekt de raad haar bedenkingen uit over de uitvoering van dit project. Naar aanleiding van een bezoek aan het project concludeert de raad dat ‘de contouren en de werkzame factoren van een preklinisch behandel aanbod in een penitentiaire omgeving nog onvoldoende duidelijk zijn.’

De raad waardeert de inspanningen om op korte termijn een capaciteitsuitbreiding te realiseren voor de tbs-sector, omdat daarmee het tekort aan tbs-plaatsen wordt bestreden. Wel plaatst zij een aantal kanttekeningen bij de gemaakte keuzes:

² Dit wordt al toegepast in de vorm van *preklinische interventie* (de patiënt voorbereiden op de komst naar de kliniek) en *preklinische behandeling* (diagnostisch voorbereidingsprogramma op de opname in de kliniek, waarbij de opnameafdeling in de tbs-inrichting kan worden overgeslagen). Dit laatste betreft de pilot ‘Voorbehandeling tbs-passanten in het gevangeniswezen’. Preklinische interventie beëindigt de passantenstatus van de tbs-gestelde overigens niet, preklinische behandeling daarentegen wel.

- De raad is voorstander van een duidelijk onderscheid tussen preklinische interventie en behandeling. Tussenvormen, zoals in de pilot preklinische behandeling beproefd, dienen te worden vermeden.
- De raad ziet de realisatie van tbs-capaciteit in het gevangeniswezen uitdrukkelijk als een noodoplossing voor de korte termijn. De raad spreekt zich uit tegen versnippering over kleinschalige dependances op verschillende locaties.
- De raad vindt een penitentiaire locatie niet geschikt voor de opvang van longstay-patiënten en ziet meer heil in de uitbreiding van geschikte opvangvoorzieningen voor deze doelgroep in de geestelijke gezondheidszorg.
- De raad mist een uitspraak over de termijn waarop het ministerie verwacht dat deze herbestemming niet meer nodig is en wil daarover een uitspraak.
- De raad adviseert om nu reeds een algeheel plan van aanpak voor de capaciteitsproblematiek in de tbs-sector voor de (middel)lange termijn op te stellen. De raad ziet voor een structurele oplossing meer heil in verdere samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg dan in de nieuwste plannen tot samenwerking met het gevangeniswezen.

Ook de raad gaat ervan uit dat de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen een tijdelijke voorziening blijft. Ze onderschrijft, evenals het LBHIV, de noodzaak van verdere samenwerking met de GGZ. Het gevangeniswezen is volgens de raad niet geschikt voor de opvang van longstay-patiënten. De LBHIV meent dat een deel van de longstay-patiënten, namelijk de patiënten zonder psychiatrische kwetsbaarheid, wel op zijn plaats kan zijn in een gevangenisomgeving.

3.3 Inspecties (ISt en IGZ)

De inspecties hebben in 2006 de zes projecten bezocht en onderzoek gedaan naar de stand van zaken. Hiervan is verslag gedaan in het inspectierapport *'tbs in het gevangeniswezen'*. Op grond van het onderzoek komen zij tot de conclusie dat de formele rechten van de patiënten nergens in het gedrang komen. Wel is de bewegingsvrijheid minder dan in een tbs-kliniek. Dit betekent voor sommige patiënten een aanzienlijke achteruitgang ten opzichte van de moederkliniek. De beperktere bewegingsvrijheid hangt samen met het feit dat de afdeling vaak onderdeel is van een grotere pi. Bovendien zijn de organisatie en het programma zo ingericht dat contacten tussen tbs-gestelden en gedetineerden worden vermeden.

Over het behandelaanbod is de IGZ kritischer. Het behandelaanbod en de daarmee samenhangende zorgprogramma's zijn in alle voorzieningen nog in ontwikkeling of in het beginstadium van implementatie. Het peil van de patiëntenzorg is daar nog niet op het peil van de zorg die door de tbs-klinieken kan worden gegarandeerd. Alle voorzieningen hanteren de richtlijnen en protocollen van de moederkliniek. Deze zijn goed toegankelijk en over het algemeen goed toepasbaar. Alleen bij het uitvoeren van het separatiebeleid

kunnen problemen optreden, omdat in bijna alle voorzieningen gebruik wordt gemaakt van separeerruimten van de pi.

Over het personeel merkt de Inspectie op dat er grote verschillen tussen de projecten zijn, maar dat de kennis op het gebied van de tbs bij de voormalig penitentiaire inrichtingswerkers (piw'ers) nog beperkt is.

3.4 Samenvattend

Uit de verschillende visies over de realisatie van tbs in het gevangeniswezen zijn drie belangrijke voorwaarden af te leiden, te weten:

- De tijdelijkheid van de projecten: men erkent de noodzaak voor snelle uitbreiding van de capaciteit maar benadrukt de noodzaak van tijdelijkheid van de projecten.
- Ook uitbreiding in de GGZ: de realisatie van tbs-plekken in het gevangeniswezen moet niet ten koste gaan van initiatieven waarbij uitbreiding binnen de GGZ-sector wordt nagestreefd.
- Bewuste keuze voor de doelgroep: omdat men de pi-omgeving niet geschikt acht voor elk type tbs-gestelde, moet er een bewuste afweging zijn voor de doelgroep die wordt geplaatst.

De bevindingen van de inspecties spitsen zich toe op het behandelaanbod en de bijbehorende zorgprogramma's. Deze waren in 2006 nog volop in ontwikkeling. Daarnaast noemen zij de geringe bewegingsvrijheid als beperking.

In het volgende hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen en trekken we conclusies over de geschiktheid van de pi-omgeving voor de verpleging/ behandeling van tbs-gestelden. Ook gaan we in op de vraag hoe de projecten zich na anderhalf jaar verhouden tot de uitgangspunten en bevindingen die vlak na de start van de projecten zijn geformuleerd.

4 BEANTWOORDING ONDERZOEKSVRAGEN

In de voorgaande hoofdstukken hebben we de zes projecten beschreven en zijn we ingegaan op de visies die bestaan over de uitbreiding van tbs in het gevangeniswezen. In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen. We besluiten het hoofdstuk met een slotbeschouwing.

4.1 Onderzoeksvragen

Voorafgaand aan het onderzoek zijn de volgende hoofdvragen geformuleerd:

- a) In hoeverre zijn penitentiaire inrichtingen geschikt te maken voor de verpleging/behandeling van verschillende doelgroepen tbs-gestelden (zoals psychotici, longstay-geïndiceerden, patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en ongewenste vreemdelingen)?
- b) In hoeverre is de tbs-verpleging/behandeling daadwerkelijk te verwezenlijken in de daarvoor aangepaste penitentiaire inrichtingen, met gebruikmaking van zowel penitentiair personeel als personeel uit tbs-inrichtingen?
- c) In hoeverre is de passantenlijst verkort?

Op basis van de doelstelling en de hoofdvragen is een groot aantal subvragen geformuleerd. Hierbij is een onderscheid gemaakt in vijf thema's: 1) voorbereiding en implementatie, 2) organisatie en uitvoering, 3) verpleging/behandeling, 4) beleving en 5) veiligheid. De uitgewerkte subvragen zijn opgenomen in hoofdstuk 1.

Eerst behandelen we onderzoeksvraag a) en gaan we in op de (on)mogelijkheden van de pi-omgeving om verpleging/behandeling voor de tbs-gestelden te realiseren. Vervolgens gaan we in op de onderzoeksvragen b) en c). Onderzoeksvraag b) vatten we op als een vraag naar het proces van de realisatie van de tbs-voorziening in de pi's.

4.1.1 Geschiktheid pi als tbs-voorziening

In hoeverre zijn penitentiaire inrichtingen geschikt te maken voor de verpleging/behandeling van verschillende doelgroepen tbs-gestelden (zoals psychotici, longstay-geïndiceerden, patiënten met persoonlijkheidsstoornis en ongewenste vreemdelingen)?

Een eerste belangrijke notie bij de beantwoording van deze vraag is de opmerking dat de ene pi de andere niet is. Uit de projectbeschrijvingen komt al duidelijk naar voren dat er grote verschillen zijn in de projecten op belangrijke aspecten als looptijd/ontwikkelstadium, schaalgrootte, positionering binnen pi, gebouwelijke omgeving en keuze voor doelgroep. Ook voor de klinieken geldt dat de ene kliniek de andere niet is. Tussen de verschillende klinieken bestaan

verschillen in huisregels, het behandelaanbod, de keuze in wat voor socio-therapeutisch klimaat men wil creëren en bijvoorbeeld het type medewerker. De verschillen die we in dit onderzoek zijn tegengekomen, zijn derhalve niet zwart-wit in te delen naar pi-omgeving versus kliniek.

We zijn wel van mening dat de verscheidenheid die we in het veld zijn tegengekomen, ons in staat stelt om tot een genuanceerde conclusie te komen.

In de beantwoording van onderzoeksvraag a) maken we onderscheid naar:

- geschiktheid van pi's als tbs-voorziening in relatie tot het verpleeg/behandeldoel;
- geschiktheid van pi's als tbs-voorziening in relatie tot de doelgroep.

Geschiktheid in relatie tot verpleeg/behandeldoel

Het einddoel van tbs-verpleging/behandeling is het terugdringen van het recidiverisico. In het bereiken van dit einddoel zijn twee fasen te onderscheiden, namelijk: een stabilisatie/motivatiefase en een resocialisatiefase. Onder de eerste fase verstaan we aanpassing van gedrag aan de nieuwe omgeving, het vestigen van een stabiel dag- en nachtritme, deelname aan het aangeboden dagprogramma, het voorkomen van groepsprocesverstoring gedrag, het bevorderen van probleembesef, deelname aan diagnostische procedures en het op indicatie innemen van voorgeschreven medicatie. Na deze eerste fase kan de focus worden verlegd naar de resocialisatiefase. Resocialisatie wordt vormgegeven door oprekking van de bewegingsvrijheid van de tbs-gestelde met bijvoorbeeld paviljoenverlof, terreinverlof en in latere stadia begeleid en onbegeleid verlof. Ook wordt in deze fase geoefend met het dragen van verantwoordelijkheden in bijvoorbeeld verschillende typen werkzaamheden die binnen de tbs-setting worden aangeboden. In beide fases vindt medicamenteuze behandeling plaats en behandeling in de vorm van het creëren van een sociotherapeutisch klimaat. Naast stabilisatie/motivatiefase en resocialisatie als behandeldoel vindt ook verpleging plaats binnen de tbs-setting. Verpleging moet gezien worden als het scheppen van de voorwaarden voor zowel stabilisatie/motivatiefase als resocialisatie.

Wij concluderen dat de geschiktheid van de pi als behandelomgeving afhangt van het behandeldoel dat voor een tbs-gestelde is geformuleerd. De meeste locaties, behalve De Corridor¹, laten zich namelijk kenmerken door blijvende beperkingen in bewegingsvrijheid, een prikkelarme omgeving en een hogere mate van beveiliging. Voor het behandeldoel stabilisatie/motivatiefase biedt een pi een gewenste behandelomgeving. Structuur aanbrengen en in een groep functioneren, kan in alle vijf projecten op vergelijkbare wijze met de kliniek worden aangeboden.

Ook voor verpleegdoelen als het stabiliseren van psychotische tbs-gestelden en het verplegen/behandelen van tbs-gestelden met verslavingsproblematiek,

¹ In de beantwoording van onderzoeksvraag a) laten we De Corridor verder buiten beschouwing. Dit omdat niet meer kan worden gesproken over tbs-capaciteit in de pi vanwege de overgang van De Corridor van DJI naar de Pompestichting.

kan een prikkelarme en strenger beveiligde pi-omgeving een positief effect hebben in de voortgang van de verpleging/behandeling.

Voor het verpleeg/behandeldoel resocialisatie moet echter worden geconcludeerd dat een pi-omgeving geen geschikte omgeving is. Door de blijvende beperking in bewegingsvrijheid en in het bieden van prikkels zijn er weinig mogelijkheden om de tbs-gestelde te laten oefenen met verworven vrijheden als paviljoenverlof en terreinverlof. Daarnaast hebben de klinieken een (veel) grotere keur aan werkzaamheden en activiteiten dan in de pi's het geval is. Hierdoor kan de tbs-gestelde in een pi-omgeving niet oefenen met de verantwoordelijkheden die bij de verschillende werkzaamheden komen kijken. Daarnaast is de tbs-populatie in een kliniek vele malen groter dan de populatie in de projecten. Aangenomen kan worden dat het jezelf leren handhaven in een kliniek met een populatie van honderden tbs-gestelden meer vaardigheden en flexibiliteit vereist dan het verblijf in een (op den duur veilige) kleine groep van twintig. Als laatste speelt mee dat wij van tbs-gestelden hebben vernomen dat de omstandigheden voor het bezoek dusdanig negatief afwijkt van de kliniek dat zij minder bezoek ontvangen. Ook dit kan een negatieve invloed hebben op het proces van resocialisatie.

Uit de conclusie dat een pi-omgeving niet geschikt te maken is voor het gehele verpleeg/behandeltraject, vloeit de voorwaarde van doorstroom voort: zodra resocialisatie in beeld komt als behandeldoel moet doorstroom plaats kunnen vinden naar een kliniek.

Geschiktheid in relatie tot doelgroep

Naast de conclusie dat de pi-omgeving niet geschikt is voor het gehele verpleeg/behandeltraject met als behandeldoel resocialisatie, concluderen wij ook dat de pi-omgeving niet voor elke doelgroep tbs-gestelden geschikt is. Dit komt door de beperkingen in bewegingsvrijheid, in het activiteiten- en werk-aanbod en de hogere mate van beveiliging. Op basis van de onderzoeksbevindingen komen verschillende doelgroepen naar voren voor wie de pi een geschikte omgeving kan zijn. Voor een aantal doelgroepen wordt er momenteel binnen de tbs-sector onderzoek verricht om te achterhalen of zij daadwerkelijk baat hebben bij plaatsing in een pi-omgeving.

Doelgroep ongemotiveerden

Voor ongemotiveerden kan de pi worden ingezet als instrument om een behandelimpasse te doorbreken. Ten eerste wordt aan de tbs-gestelde het signaal afgegeven dat hij geen dure plek in de kliniek bezet kan houden zonder aan zijn behandeling mee te willen werken. Ten tweede kan door de sobere omgeving die de pi's doorgaans bieden, beter worden gefocust op het primaire probleem, namelijk het gebrek aan motivatie.

De randvoorwaarde hierbij is echter wel dat bij vorderingen in de motivatie van de tbs-gestelde deze de mogelijkheid heeft om (snel) weer teruggeplaatst te worden naar de kliniek. Als het tijdstip van terugkeer onduidelijk is, kan de tbs-gestelde juist weer gedemotiveerd raken.

Doelgroep tbs-gestelden met verslavingsproblematiek

Ook voor tbs-gestelden met een verslaving kan de pi-omgeving worden ingezet als instrument. Vanwege de hogere mate van beveiliging en strengere huisregels rondom bezoek is het doorgaans makkelijker om een tbs-afdeling in een pi drugsvrij te houden dan in een kliniek. Voor tbs-gestelden die kampen met een verslaving waardoor de behandeling stopt, kan plaatsing in de pi voordeel hebben.

Doelgroep tbs-gestelden uit detentie c.q. opnameafdeling

Het is de ervaring in het veld dat tbs-gestelden die net uit detentie komen moeite hebben met de vrijheden die er in de kliniek zijn en moeten wennen aan het therapeutische klimaat dat heerst in de kliniek. De plaatsing van deze tbs-gestelden op een voorziening in een pi kan ervoor zorgen dat zij deze overgang makkelijker maken. Het gaat hier dan om een zogenaamde opnameafdeling.

Doelgroep psychotici

Tbs-gestelden met een psychotische aandoening zijn gebaat bij een prikkelarme omgeving. Een kliniek kan voor deze doelgroep te veel prikkels inhouden, waardoor het stabiel worden dan wel blijven wordt bemoeilijkt. Daarom kan een pi-omgeving uitkomst bieden, zoals het project Wolvenplein laat zien. Dit gaat echter niet op voor alle pi's. In project Grittenveld, dat huist in PI de Grittenborgh, is namelijk de ervaring dat de omgeving vanwege de gehorigheid niet prikkelarm is en een negatief effect had op psychotische tbs-gestelden.

Doelgroep tbs-gestelden met hoge pcl-r-score

In het project Vught zijn tbs-gestelden geplaatst met (het vermoeden van) een hoge pcl-r-score. De ervaring met deze doelgroep is dat waarschijnlijk de geringere mate van structuur en het therapeutische klimaat in de kliniek een negatief effect heeft. Zij zouden hierdoor meer gelegenheid nemen tot manipulatie.

De aanname van de Pompestichting is dat zij welvaren bij een hogere mate van structuur en een ander type benadering vanuit het personeel. Momenteel wordt dit onderzocht, maar de eerste bevindingen lijken de hypothese te staven.

Doelgroep longstay

Twee projecten bieden plaats aan longstay-patiënten, PI Vught en Overmaze. Een verschil tussen PI Vught en de andere projectlocaties is dat in Vught de tbs-afdelingen aparte gebouwen zijn en beschikken over hun eigen patio's. Hierdoor ogen de tbs-afdelingen in Vught vele malen minder als een pi dan de overige projecten. De beperking in bewegingsvrijheid, dat een kenmerk is van de pi-locaties, geldt echter ook voor PI Vught. Dit wordt veroorzaakt doordat de gedetineerden en de tbs-patiënten gescheiden worden gehouden. Ook het voorzieningenniveau blijft in Vught achter bij dat van de kliniek. Voor de doelgroep longstay is de behandeling met als doel resocialisatie beëindigd. Als belangrijke pijler voor hun verblijf in tbs wordt kwaliteit van leven genomen. Door de blijvende beperking in bewegingsvrijheid binnen de pi en de

beperking in het voorzieningenaanbod is de pi geen geschikte locatie voor de doelgroep longstay. We zien hierop echter wel een uitzondering, nl. longstay-patiënten die een hoge mate van beveiliging behoeven. Dit gaat voor een deel van de longstay-populatie in Vught op.

Doelgroep ongewenste vreemdelingen

In het project Grittenveld zijn tien ongewenste vreemdelingen met tbs geplaatst. Voor de doelgroep ongewenste vreemdelingen met tbs geldt dat voor hen geen verloftraject kan worden opgestart omdat zij niet mogen resocialiseren in de Nederlandse samenleving. De voorwaarde van doorstroom naar een kliniek zodra de focus op resocialisatie in beeld komt, geldt derhalve niet voor de doelgroep ongewenste vreemdelingen. Vanwege de beperking in bewegingsvrijheid en het geringe aanbod van activiteiten en werkzaamheden, zijn we echter wel van mening dat de mogelijkheden tot terugkeer naar het land van herkomst en daarmee de duur van het verblijf duidelijk moet zijn bij plaatsing naar de pi.

4.1.2 Verwezenlijking van de tbs-voorziening in de pi's

In deze paragraaf gaan we in op onderzoeksvraag b):

In hoeverre is de tbs-behandeling daadwerkelijk te verwezenlijken in de daarvoor aangepaste penitentiaire inrichtingen, met gebruikmaking van zowel penitentiair personeel als personeel uit tbs-inrichtingen?

Onderzoeksvraag b) vatten we op als een vraag naar het proces van de realisatie van de tbs-voorziening in de pi's. We beschrijven dit aan de hand van de vijf thema's waarop de subvragen betrekking hebben:

- A voorbereiding en implementatie;
- B organisatie en uitvoering;
- C verpleging/behandeling;
- D beleving personeel en tbs-gestelden;
- E veiligheid.

We verwijzen naar hoofdstuk 1 voor het overzicht van alle onderzoeksvragen. We kiezen ervoor niet afzonderlijk elke onderzoeksvraag te presenteren en te beantwoorden. Veel onderzoeksvragen vragen namelijk om een beschrijving van het verloop van de zes specifieke projecten zoals bijvoorbeeld de wijze van voorlichting, de wijze van opleiding en de beleving van de tbs-gestelden en het personeel. Deze beschrijving hebben we in hoofdstuk 2 per project gedetailleerd gegeven en het draagt niet bij aan de leesbaarheid van dit stuk als we dat op deze plek per vraag voor alle projecten gaan herhalen. We beantwoorden de onderzoeksvragen daarom hier in algemene zin voor het geheel aan tbs-capaciteit in het gevangeniswezen. In de tekst geven we een verwijzing naar het thema en de onderzoeksvraag waarop het stuk betrekking heeft.

A Voorbereiding en implementatie

De projecten zijn in gezamenlijk overleg tussen de kliniek en de pi voorbereid. Bij de meeste projecten was reeds sprake van samenwerking. Het personeel is in alle projecten voorgelicht en in de meeste projecten was plaatsing op het project vrijwillig. De tbs-gestelden vertellen over het algemeen niet te zijn voorgelicht en geen keuze gehad te hebben in de plaatsing naar het project (A1, A2, A3).

Alle projecten zijn erg snel van start gegaan. Dit heeft in de praktijk voor problemen gezorgd. De pi's en de klinieken zijn niet in alle projecten voldoende in staat geweest om vooraf goede afstemming en overeenstemming te bereiken over de verschillen in huisregels. Het gaat hier met name over de bezoekregeling, de verlofregeling en de mogelijkheid tot de invoer van goederen. Dit zorgde ervoor dat het personeel van de tbs-voorziening bij de implementatie van de huisregels van de kliniek soms stuitte op (grote) weerstand van de pi. Op die momenten was er ook verschil van mening over wie nu de finale beslissing diende te nemen. Er kan worden gesteld dat er een hoop tijd en energie te winnen was geweest als er vooraf meer tijd en aandacht was geweest voor de wijze van afstemming.

Daarnaast is de instroom van tbs-gestelden begonnen voordat het voorzieningsaanbod op peil was en/of het zorgprogramma gereed was. Dit betekent dat gedurende ons onderzoek de projecten nog volop bezig waren met de opbouw om tot een (volwaardige) tbs-voorziening te komen. De tbs-gestelden maken deze opbouw ter plekke mee.

In een aantal pilots waren de tbs-gestelden reeds ingestroomd, terwijl de verbouwing van de locatie nog op stapel stond. In sommige pilots hebben patiënten meermalen moeten verhuizen vanwege de verbouwingen. In De Corridor en Overmaze hebben we gezien dat de tbs-gestelden door een vertraging in de verbouwing (veel) langer in een sobere voorziening zitten dan vooraf was beoogd. Voor de klinieken heeft dit enerzijds extra (frictie)kosten meegebracht: er zijn bijvoorbeeld aanpassingen doorgevoerd aan het oude gebouw om de verlengde tijd zo goed als mogelijk door te komen. Anderzijds heeft het personeel te maken (gehad) met tbs-gestelden die (terecht) klaagden over het ongemak (A3).

Het is duidelijk dat er (politiek) belang was om de extra capaciteit zo snel als mogelijk te realiseren om de passantenproblematiek op te kunnen lossen. Deze doelstelling hebben de klinieken kunnen realiseren. Tegelijkertijd moet bij de haastige start van de projecten een kritische kanttekening worden geplaatst: de meeste tbs-gestelden die op de projecten zijn geplaatst, waren geen passanten, maar kwamen uit andere klinieken. Hun belang lijkt onvoldoende meegewogen te hebben in de snelle start van de projecten.

B Organisatie en uitvoering

De zes projecten kennen drie verschillende wijzen van organisatie tussen de moederkliniek en de pi. In Vught is er sprake van een inkoopconstructie. In De Corridor is het afgelopen jaar de overname in voorbereiding geweest. Voor de overige projecten geldt dat er binnen de pi een tbs-eilandje is gecreëerd. De organisatievorm heeft in de uitvoering voor verschillende knelpunten

gezorgd. De overname van De Corridor door de Pompestichting heeft het afgelopen jaar veel energie gekost en heeft bij de medewerkers voor onrust gezorgd. In de projecten waar binnen de pi een tbs-eilandje is gecreëerd, zijn er knelpunten (geweest) in de afstemming van de huisregels. Het gaat hier zoals gezegd over bezoektijden, mogelijkheden tot invoer van goederen en insluitijden. Lopende de afgelopen anderhalf jaar zijn hierin veranderingen doorgevoerd. Bij projecten waar men binnen de pi een eigen opgang kon realiseren (zoals Grave) of een eigen gebouw had op het pi-terrein (zoals in Vught) konden deze veranderingen makkelijker worden doorgevoerd dan op locaties waar dit niet het geval was, zoals in Grittenveld. De organisatievorm en de fysieke situering van de tbs-voorziening ten opzichte van de pi heeft het proces van realisatie dus bemoeilijkt dan wel vergemakkelijkt.

C Verpleging/behandeling

In de vorige paragraaf zijn we uitgebreid ingegaan over de (on)mogelijkheden voor tbs-behandeling in de pi-locaties. Kenmerkend voor het verpleeg-/behandelaanbod in de projecten is dat het gedurende het onderzoek nog volop in ontwikkeling was en is uitgebreid. De projectlocaties sluiten in principe aan bij de zorgprogramma's van de moederklinieken, maar zij maken een opstartfase door in het daadwerkelijk aanbieden van zaken als dader-gesprekken, socialevaardigheidstrainingen en delictanalyse (C9 en C10). Daaruit moet worden geconcludeerd dat gedurende de eerste anderhalf jaar van het bestaan van de projecten het verpleeg/behandelaanbod is achtergebleven bij dat van de moederklinieken (C11). De vraag of de behandeling op de projectlocaties vergelijkbaar is met de behandeling van die patiëntgroep in de tbs-kliniek van herkomst, is hiermee ook deels beantwoord. Gedurende het afgelopen jaar is de verpleging/behandeling op een aantal projecten steeds meer vergelijkbaar geworden met dezelfde groep als in de kliniek. We hebben echter ook gezien dat de projecten worden gebruikt om te experimenteren met nieuwe doelgroepen zoals de ongemotiveerden en met een afwijkend socio-therapeutisch klimaat zoals in PI Vught. In deze gevallen loopt de vergelijking mank, maar dat is het gevolg van een bewuste keuze.

D Personeel

Zoals uit de projectbeschrijvingen naar voren komt, werkt er op de projecten in ieder geval een deel van de medewerkers voor het eerst met de doelgroep tbs. In Vught is bijvoorbeeld de tbs-doelgroep voor iedereen nieuw. In Overmaze is deels extern geworven en deels onder pi-personeel. Door de haastige start en de nieuwe doelgroep heeft het personeel op een aantal locaties moeten pionieren (B5, D13). De voordelen hierbij zijn dat teams snel ingewerkt raken en een sterk teamgevoel ontwikkelen. Door met nieuw personeel te werken kan op sommige locaties worden geëxperimenteerd met andere benaderingswijzen, afgestemd op de doelgroep. De meeste personeelsleden geven aan dat zij het als een uitdaging en een verrijking zien om met de nieuwe doelgroep te werken. Ook geeft men aan zich veilig te voelen. Op momenten dat ze het onduidelijk vinden wat precies van hen wordt verlangd,

ervaren ze voldoende openheid en ondersteuning om dat bespreekbaar te maken (D12 en D13).

Het nadeel van werken met nieuwe teams die in één keer nieuwe patiënten krijgen, is dat het grote druk legt op de medewerkers met meer ervaring. Bij een aantal projecten is sprake van veel verloop. Alle projecten hebben trainingen aangeboden aan het personeel. Het personeel is hier in het algemeen tevreden over. In een aantal projecten is meer tijd en aandacht ingeruimd voor intervisie en supervisie dan in de klinieken (A4, B6, B7). Bij een paar projecten ziet de leiding nog wel hiaten in de kennis van de doelgroep bij de medewerkers. Er kan worden aangenomen dat zowel onervarenheid met de doelgroep als de extra belasting in de afgelopen periode een wissel hebben getrokken op de kwaliteit van zorg.

Op de projecten wordt met medewerkers gewerkt die zowel op hbo- als mbo-niveau zijn geschoold. Het scholingsniveau van de medewerkers hangt direct samen met het personeelsbeleid van de klinieken. De Pompestichting heeft doelbewust gekozen om in het project Vught de doelgroep tbs-gestelden met hoge pcl-r-score te koppelen aan medewerkers met mbo-niveau. De andere benaderingswijze van deze groep medewerkers lijkt deze doelgroep ten goede te komen (B6).

E Veiligheid

Over het algemeen is de mate van beveiliging in de pi's hoger dan in de kliniek. Dit komt enerzijds tot uiting in zichtbare beveiliging zoals hekwerk en een sluisstelsel, anderzijds komt het tot uitdrukking in de huisregels voor bezoek. Bij de keuze voor de doelgroep hebben we gezien dat de hogere mate van beveiliging wordt ingezet als instrument, zoals de doelgroep tbs-gestelden met verslavingsproblematiek en longstay-patiënten voor wie extra beveiliging nodig is (E15, E16).

Bij een aantal projecten zijn de huisregels soepeler dan de regels van de pi. Er mag bijvoorbeeld bezoek worden ontvangen op de eigen afdeling en/of kamer.

Uit de gesprekken met de medewerkers komt naar voren dat zij zich veilig voelen op hun werkplek. Uit de gesprekken met de tbs-gestelden komt naar voren dat zij de pi-huisregels rondom het ontvangen van bezoek (piepvrij en visitatie) als nadelig ervaren. Sommigen gaven aan dat vooral het bezoek het vervelend vindt en daardoor minder vaak of niet meer komt. We hebben dit laatste niet kunnen toetsen (D12).

Van iets minder dan de helft van de patiënten (44%) in de pilots zijn geen incidenten in MITS gerapporteerd. De patiënten van de opname-afdelingen hebben zelden een incident op hun naam staan. Van de tbs-gestelden op de longstay-afdelingen heeft 77 procent een aantal incidenten op hun naam staan. Voor de motivatieafdelingen is dit 59 procent (E16).

Uit de gesprekken met de medewerkers kwam naar voren dat zij noch het aantal noch het type incidenten als bedreigend ervaren. Daarnaast zei men de

indruk te hebben dat voor sommige ‘moeilijke gevallen’ geldt dat zij minder incidenten op hun naam hebben dan in de kliniek het geval zou zijn.

4.1.3 Passantenlijst

Een belangrijke vraag die nog openstaat is of de uitbreiding heeft geleid tot een afname van de passantenproblematiek en het beperken van de wachttijd tot zes maanden nadat de termijn van terbeschikkingstelling is ingegaan (artikel 12 van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggesteld). Vanaf 2000 is het aantal passanten voor tbs steeds verder opgelopen met de hoogste piek in 2005 van gemiddeld 214 en een gemiddelde wachttijd van 282 dagen (ruim negen maanden). Deze gemiddelden waren een reden om de projecten te starten. In 2006 zijn de projecten van start gegaan. Dit heeft geleid tot een daling van het aantal wachtenden. Zoals blijkt uit tabel 4.1 is het aantal wachtenden na de start van projecten in 2006 gedaald tot een gemiddeld aantal van 146, met een laagste aantal van 106 in november (bron: DJI). De gemiddelde wachttijd is afgenomen tot 247 dagen. In 2007 is het aantal wachtenden weer licht opgelopen: de gemiddelde wachttijd is echter sterk afgenomen tot zeven maanden. Dit betekent dat er flinke uitstroom vanuit de wachtlijst heeft plaatsgevonden naar de klinieken. Gezien de lichte stijging van het aantal wachtenden in 2007 lijkt het er echter wel op dat de projecten slechts voor een tijdelijke verlaging van de passantenlijst hebben gezorgd. Bij een blijvend stagnerende uitstroom uit de tbs zal verdere capaciteitsuitbreiding in de toekomst nodig zijn, zeker omdat een deel van de tbs-plaatsen in de pi's van tijdelijke aard is.

Tabel 4.1 Gemiddeld aantal wachtenden en gemiddelde wachttijd in dagen vanaf 1995 exclusief Fokkens-passanten

Jaar	Gemiddeld aantal wachtenden	Gemiddelde wachttijd in dagen
1995	134	320
1996	180	347
1997	171	365
1998	173	299
1999	148	280
2000	138	283
2001	151	259
2002	153	250
2003	169	229
2004	188	246
2005	214	282
2006	146	247
2007*	152	212

* Tot en met oktober 2007.

4.2 Samenvatting en beschouwing

In het voorgaande hebben we geconcludeerd dat de pi-omgeving niet geschikt is voor het gehele verpleeg/behandeltraject. Zodra resocialisatie geldt als verpleeg/behandeldoel, moet doorstroom kunnen plaatsvinden naar een reguliere plek in de moederkliniek. Ook hebben we doelgroepen benoemd voor wie de pi-omgeving meer en minder geschikt is. Daarnaast zijn we ingegaan op de procesmatige kant van het realiseren van tbs in pi's en hebben we de onderzoeksvragen geclusterd naar thema beantwoord.

Samenvattend kunnen we stellen dat de kwaliteit van de tbs-plekken in de pi's slechts ten dele vergelijkbaar is met tbs-plekken in de moederklinieken. Deels gaat het hier om tijdelijke zaken als de opstart van het verpleeg/behandel-aanbod, het extra bijscholen van personeel en de realisatie van nieuwbouw. Er zijn echter ook aspecten die van invloed zijn op de kwaliteit van de tbs-plekken die structureel zijn. Het gaat hier om de beperking in de bewegingsvrijheid en het kleinere aanbod van werkzaamheden en activiteiten door schaalgrootte en door gebouwelijkheid.

In deze laatste paragraaf beschouwen we hoe de zes projecten zich na anderhalf jaar verhouden tot de uitgangspunten en bevindingen die vlak voor of na de start van de projecten zijn geformuleerd door de LBHIV en de RSJ. Het gaat hier om de drie randvoorwaardes: de tijdelijkheid van de projecten, ook uitbreiding van tbs in de GGZ-sector en een bewuste keuze voor de doelgroep. Tot slot gaan we in op de toekomst van de projecten.

4.2.1 Tijdelijk versus permanent

Voorafgaand aan de start van de projecten is tijdelijkheid van de projecten als voorwaarde geplaatst bij de uitbreiding van de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen. Liever ziet het veld een permanente uitbreiding van de capaciteit binnen de tbs-inrichtingen zelf of in samenwerking met de GGZ.

Het lijkt er sterk op dat het veld in een onomkeerbare ontwikkeling zit. Het project De Corridor krijgt binnenkort een tbs-bestemming en het project Overmaze wordt een zorglocatie. Zij kunnen daarmee worden beschouwd als permanente voorzieningen.

In Vught, het Wolvenplein en in Grave zijn verbouwingen geweest om de locatie geschikt(er) te maken voor tbs-gestelden. Daarnaast is er in alle projecten veel energie gestoken in het personeelsbeleid: personeel is extern geworven, is overgenomen van DJI en is vervolgens opgeleid. Op een aantal locaties hebben de medewerkers promotie gemaakt van piw'ers tot sociotherapeutisch medewerker. Bij de verdere ontwikkeling van een aantal projecten hoort ook het verder opleiden van het personeel om zich (nog) meer te specialiseren in het werken met de doelgroep tbs. Van de projecten Grittenveld en Wolvenplein kan worden aangenomen dat zij inderdaad van tijdelijke aard zijn. Mogelijk krijgt de opvang van niet-gemotiveerden in Grave

een permanent karakter afhankelijk van de uitkomsten van het lopende onderzoek. Het project Vught heeft dusdanige ontwikkelingen doorgemaakt op het gebied van personeel en aanpassing van de tbs-voorziening dat een tijdelijk karakter van de voorziening niet voor handen ligt.

4.2.2 Beperkte uitbreiding in het gevangeniswezen

Uit de visies van de partijen uit het veld komt naar voren dat zij de uitbreiding van tbs in het gevangeniswezen zien als een noodoplossing. Liever ziet men uitbreiding in de tbs-sector zelf of in samenwerkingsverbanden met de GGZ.²

De zes projecten hebben een forse uitbreiding bewerkstelligd van de tbs-capaciteit. Deze uitbreiding is zelfs nog groter dan in de projectplannen was beoogd (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 Gerealiseerde tbs-capaciteit

Project	Capaciteit projectplan	Gerealiseerde capaciteit
Project Wolvenplein	12	12
Project Overmaze	20	44 (beoogd)
Project Grave	20	20
Project Grittenborgh	20	20
Project Vught	36	72
Project De Corridor	40	88 (beoogd)
Totaal	148	256

Het project De Corridor is begonnen als één van de zes projecten ‘tbs in pi’s’. Zoals bekend is echter vrij snel na de start besloten om De Corridor in zijn geheel over te nemen en er een tbs-voorziening van te maken. De uitbreiding van 88 plekken is dus uitbreiding binnen de tbs-sector. Overmaze krijgt een dubbelfunctie: een zorgfunctie binnen het gevangeniswezen én tbs-voorziening. Project Vught heeft ook een forse extra uitbreiding; van 36 beoogde plaatsen naar 72 plekken. Zowel de permanente uitbreiding van Overmaze als de uitbreiding in Vught moet worden gezien als een verdere uitbreiding binnen het gevangeniswezen.

4.2.3 Keuze doelgroep

Vanuit DJI was bepaald dat de doelgroepen die in de pi’s zouden worden geplaatst, werden gekenmerkt door een lage zorgbehoefte en een relatieve grote behoefte aan beveiliging en structuur. Binnen deze voorwaarden zijn de klinieken vrij geweest in het bepalen van de doelgroepen.

Eerder in dit hoofdstuk hebben wij geconcludeerd dat de pi-omgeving niet voor alle longstay-patiënten geschikt is. Voor de doelgroep longstay is de

² 13 december hebben het ministerie en de vier klinieken een contract getekend. Hierin is de uitbreiding van de tbs-capaciteit met 215 plaatsen vastgelegd. Het gaat hierbij om samenwerkingsverbanden tussen tbs-klinieken en GGZ-instellingen.

verpleging/behandeling met als doel resocialisatie beëindigd. Als belangrijker pijler voor hun verblijf in de tbs wordt kwaliteit van leven genomen. Vanwege de beperkte bewegingsvrijheid en de beperkingen in het voorzieningenniveau komt de kwaliteit van leven voor longstay-patiënten in het gedrang. Een pi-omgeving is wel geschikt dan wel noodzakelijk voor longstay-patiënten die extra beveiliging behoeven.

In de projecten die huizen binnen pi-muren zijn 58 longstayplaatsen³ gerealiseerd (48 in Vught en 10 in Overmaze). In Vught heeft een deel van de longstay-populatie extra beveiliging. Daarnaast is er een groep longstay-patiënten geplaatst die geen extra beveiliging behoeft. Voor hen is de pi-omgeving daarom ook geen geschikte omgeving.

De overige projecten hebben doelgroepen tbs-gestelden geplaatst die overeenkomen met de doelgroepen die geschikt geacht worden voor plaatsing in een pi-omgeving. De randvoorwaarde die hierbij is gesteld, is dat doorstroom kan plaatst vinden naar de moederkliniek als resocialisatie geldt als verpleeg/

behandeldoel. Voor de doelgroep ongewenste vreemdelingen in Grittenveld is in hoofdstuk 2 geconcludeerd dat plaatsing naar Grittenveld alleen wenselijk is als vooraf de termijn van het verblijf in PI Grittenborgh duidelijk is. Voor de doelgroep ongemotiveerden is ook de voorwaarde gesteld dat bij gebleken inzet/motivatie, er terugplaatsing naar de moederkliniek kan zijn. De doorstroom naar de moederkliniek bij het verpleeg/behandeldoel resocialisatie en bij gebleken inzet/motivatie hebben we tijdens het onderzoek niet kunnen monitoren. Bij de ongewenste vreemdelingen was de termijn van plaatsing naar Grittenveld vooraf niet duidelijk, omdat de mogelijkheden tot uitzetting nog onduidelijk waren.

4.3 Tot slot

Tijdens de onderzoeksperiode die liep van januari tot en met oktober 2007, hebben we gezien dat het veld substantiële veranderingen heeft doorgemaakt in het aanbod van verpleging/behandeling, op het gebied van personeel, extra uitbreiding van capaciteit, start van nieuwbouw en bijvoorbeeld het verkrijgen van een nieuwe bestemming. Het is de verwachting dat deze ontwikkelingen ook in de komende zes jaar doorgang zullen vinden, waardoor de tijdelijke aard van de meeste projecten steeds minder waarschijnlijk is.

Vanuit de adviezen van de RSJ en de LBHIV is de eis van tijdelijkheid van de projecten in de pi echter duidelijk gemaakt.

Als we kijken naar de mate waarin de zes projecten de passantenproblematiek oplossen, moeten we echter concluderen dat de eis van tijdelijkheid van de

³ We hebben hier de beoogde 88 plekken longstay van De Corridor buiten beschouwing gelaten omdat De Corridor niet kan worden beschouwd als tbs in een pi.

projecten niet aansluit bij de capaciteitsproblemen die zich in de tbs-sector voordoen.

Zoals gezegd, de instroom van tbs-gestelden in de zes projecten heeft het aantal passanten in 2006 doen dalen. In 2007 zien we echter weer een toename van het aantal passanten en ook is een toename zichtbaar in de gemiddelde wachttijd. De uitbreiding door middel van de zes projecten heeft de problemen aan de poort tijdelijk opgelost. Binnen de tbs-sector blijven problemen als groeiende instroom en een stagnerende uitstroom hardnekkig en de werkelijke kern van het probleem. Het is daarom ook de verwachting dat de doorstroom vanuit de projecten naar de klinieken waarvoor wij eerder in dit hoofdstuk pleitten, hierdoor in het gedrang komt. Structurele extra uitbreiding lijkt daarom nodig. Gezien de blijvende beperkingen van een pi-omgeving, zal de uitbreiding ook plaats moeten vinden binnen de tbs-sector zelf en de GGZ.

LITERATUUR

- Commissie Beleidsvisie Tbs (2001)
Veilig en wel: een beleidsvisie op de tbs. Den Haag: ministerie van Justitie.
- Gemert, A.A. van, en D.G.R. van Loenen (2005)
TBS in getal. Den Haag: ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Concernstaf Uitvoeringsbeleid (CUB) en directie TBS.
- GGZ Nederland (2005)
Visienota TBS/Forensische psychiatrie. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Inspectie voor de Sanctietoepassing (2006)
TBS in het gevangeniswezen: inspectierapport. Themaonderzoek. Den Haag: ministerie van Justitie/IST.
- Kogel, C. H. de, C. Verwers, V. E den Hartogh (2005)
Blijvend delictgevaarlijk; empirische schattingen en conceptuele verheldering. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).
- Landelijk Beraad Inhoudelijk Verantwoordelijken (2005)
De terbeschikkingstelling in de middenpositie. Landelijk Beraad Inhoudelijk Verantwoordelijken.
- Ministerie van Justitie (2004)
Beleidsbrief TBS. Den Haag: ministerie van Justitie. Kenmerk 5271433/04/SRS (1 maart 2004).
- Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (2004)
Gedetineerd in Nederland 2004. Den Haag: ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie, Individuele TBS-zaken (2005)
Evaluatie plaatsingen 2002-2004 sector TBS. Den Haag: ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, afdeling Individuele TBS-zaken (ITZ).
- Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming (2006)
Advies TBS in het gevangeniswezen. Den Haag: Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming.
- Tijdelijke Commissie Onderzoek Tbs (2006)
Tbs, vandaag over gisteren en morgen: parlementair onderzoek tbs (eindrapport en bijlagen). Den Haag: Sdu-uitgevers.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1**Afkortingenlijst**

ALO	Academie voor Lichamelijke Opvoeding
BASAM	Basisvragenlijst Amsterdam
BVT	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
CIOS	Centraal Instituut Opleiding Sportleiders
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
Fpb'er	forensisch psychiatrisch begeleiders
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FSNA	Forensisch sociaal netwerkanalyse
GDS	Gedetineerden Survey
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HKZ	Harmonisatie in kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector
Hoofd stm	Hoofd sociaal therapeutisch milieu
Iba	Individuele begeleidingsafdeling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
ITZ	Afdeling individuele tbs-zaken
LBHIV	Landelijke Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken
MIP	Meldingen incidenten patiëntenzorg
MITS	Monitor informatiesysteem terbeschikkingstelling
Pcl-r	Psychopathy check list revised
Pmt	Psychomotorische therapie
PvE	Programma van Eisen
Pi	penitentiaire inrichting
RSJ	Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
SOV	Strafrechterlijke opvang verslaafden
Stm'er	sociaal therapeutisch medewerker
Tbs	terbeschikkingstelling
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

BIJLAGE 2

Uitwerking bevindingen audit

Projectplan

Capaciteit	
Type patiënten	
Bijzonderheden	

Stand van zaken

Capaciteit	
Aantal bewoners	
Doelgroep	
Bijzonderheden	

Onderdelen audit
•

Onderwerp	Kijken naar	Bevindingen
Dagindeling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tijden en duur maaltijd, rusten, ontspanning, therapie 2. Vast ritme ja of nee 3. Gezamenlijk of individueel ritme 4. Verplichte aanwezigheid bij maaltijden, koffiepauzes, et cetera ja of nee 5. In- en uitsluitijden 6. Patiënt/stafontmoetingen 	-
Activiteiten*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aard 2. Omvang (bijvoorbeeld hoeveel verschillende sportactiviteiten) 3. Tijdstip 4. Deelname vrijwillig of verplicht 	-
Behandeling/verpleging	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soorten: individueel, groep, aanvullende therapie (bijvoorbeeld creatieve of muziektherapie) 2. Waar, wanneer, hoe vaak 	-

Onderwerp	Kijken naar	Bevindingen
	3. Ad-hocgesprek mogelijk of alleen op afspraak (bij niet-urgente behandelvraag) 4. Medicatieverstrekking (wie schrijft voor, wie zet uit, wie reikt uit, vaste tijdstippen) 5. Intramusculaire injecties (wie en hoeveel) 6. Behandelplan/delictanalyse ja of nee	
Beveiliging en toezicht	1. Hoe, waar, wanneer en door wie 2. Zichtbare beveiliging ja/nee 3. (gedifferentieerd) pasjessysteem ja/nee 4. Fouilleren en/of visiteren 5. Urinecontrole (hoe vaak, wanneer) 6. Fouilleren bezoek ja/nee 7. Nakijken post ja/nee 8. Kamerinspectie (hoe vaak, aangekondigd ja/nee) 9. Verhouding beveiliging/behandeling	-
Medewerkers	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal - Functie - Samenstelling team - Man-vrouwverdeling - Verdeling medewerkers ex-pi en tbs-kliniek - Werkervaring 	-
Patiënten	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal - Samenstelling (ziektebeeld, leeftijd, behandelduur) 	-
Ruimte (intern)	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal m2 kamer - Indeling kamer (o.a. Afgeschermd sanitair) - Bezoek (op kamer ja/nee) - Kamer inventaris - Luchten ruimtes (ramen openzetten) - Aantal m2 gemeenschappelijke ruimte - Aanwezigheid gezamenlijke gebruiksvoorwerpen (tv, gameapparatuur) - Behandeling (op eigen afdeling ja/nee) - Keukenfaciliteiten/gemeenschappelijke eetruimte - Bewegwijzering - Separatie (separatiecel op eigen afdeling ja/nee) 	-

Onderwerp	Kijken naar	Bevindingen
Sfeer (intern)	<ul style="list-style-type: none"> - Kil, vriendelijk, sober, warm, huiselijk - Lichtinval (veel, weinig) - Veel of weinig kleur - Kunst aan de muur ja of nee - Groen (planten) 	-
Gebouwde omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Hoogbouw of laagbouw - Aantal bouwlagen - Aantal m2 gehele gebouw (gemiddeld 60 m2 pp) - Aantal personen totaal (maximaal 150 plaatsen, pve) - Bereikbaarheid openbaar vervoer 	-
Buitenruimte	<ul style="list-style-type: none"> - 'Luchtplaats' of 'echt buiten' - Asfalt of groen - Sfeer (hoge hekken, etc.) 	-
Privileges	<ul style="list-style-type: none"> - Toegestane persoonlijke eigendommen (aantal, soort) - Kleine huisdieren toegestaan ja of nee - Eigen ruimte kunnen afsluiten - Roken (binnen roken toegestaan ja of nee, alleen op de eigen kamer of ook in gemeenschappelijke ruimte) - Telefoonregeling - Bezoekregeling - Logeerruimte - Mogelijkheden tot bestellen producten (sigaretten, snoep, et cetera) - Mogelijkheid tot participeren in patiëntenraad - Normen over kleding - Indien klachten - Functioneren cliëntenraad 	-

Activiteiten

Bij het aspect activiteiten willen we zicht krijgen op het soort activiteiten dat de kliniek c.q. pi aanbiedt, zoals: sport, hobby, werk, muziek, et cetera. Daarbij willen we ook weten hoeveel verschillende bezigheden onder één soort activiteit vallen: wat voor typen sport zijn er en hoe vaak wordt (bijvoorbeeld bij hobbyactiviteiten) gewisseld van programma. Vinden de activiteiten op vaste tijdstippen plaats? Maken ze deel uit van een vast (groeps-)programma en moeten de patiënten verplicht aanwezig zijn?

Door mee te lopen met de (op de dag van onze observatie geplande) activiteiten en het bevragen van docenten, sociotherapeuten en cliënten, hopen we een volledig beeld te krijgen van de aard en omvang van de activiteiten in de kliniek en de pi.

BIJLAGE 3

Opbouw van de audit

De twaalf audits hebben op min of meer vergelijkbare wijze plaatsgevonden. Hieronder volgt de opbouw van een gemiddelde audit. De onderzoeker kreeg in de meeste gevallen een vaste sociotherapeut toegewezen, die voor de rondleiding zorgde en vragen kon beantwoorden. Tussen het bijwonen van de activiteiten of de lunch door was de onderzoeker in de ruimte voor de sociotherapeuten.

De dag begon met de dagopening. Tijdens de dagopening werd de onderzoeker voorgesteld aan de patiënten en werd een korte uitleg van het onderzoek gegeven. Verder bestond de audit in ieder geval uit:

- Een rondleiding op de afdeling en langs de werkplaatsen, lesruimten, centrale keuken, medische afdeling, isoleerafdeling en buitenruimte(n). Waar mogelijk kon de onderzoeker vragen stellen op de andere afdelingen.
- Met de patiënten meegaan naar buiten.
- Een activiteit bijwonen: werk, onderwijs, creatieve therapie en/of sport. Het type activiteit hing af van het aanbod op die dag. Bij sommige activiteiten kon ook worden meegedaan, bijvoorbeeld met arbeid of creatieve therapie.
- De lunch met de patiënten bijwonen.
- Gezamenlijk koffiedrinken of theedrinken bijwonen, afhankelijk van de gewoonten in het project.
- De overdracht tussen de sociotherapeuten bijwonen bij het wisselen van de dienst.
- Een evaluerend gesprek met het hoofd van de afdeling.

REGIOPLAN BELEIDSONDERZOEK

Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam

T 020 531 531 5

F 020 626 519 9

E regioplan@regioplan.nl

I www.regioplan.nl

Regioplan Beleidsonderzoek maakt deel uit van Ernst & Young