

**Medische diensten in detentiecentra:
verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd**

Den Haag, december 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord 5

Samenvatting 7

1 Inleiding 9

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

2 Conclusies 11

- 2.1 Veilige en verantwoorde zorg is mogelijk 11
- 2.2 Risico's in avond, nacht en weekend zorg 11
- 2.3 Deskundigheid medewerkers is in ontwikkeling 11
- 2.4 Detachering naast voordelen ook nadelen 12
- 2.5 Psychologische zorg landelijke beleid en sturing 12
- 2.6 Risico in isoleercellen 12
- 2.7 Risico's bij farmacotherapie 12
- 2.8 Privacy niet altijd geborgd 12

3 Handhaving 13

- 3.1 Maatregelen en aanbevelingen voor detentiecentra 13
- 3.2 Vervolgacties inspectie 13

4 Resultaten 14

- 4.1 Algemeen 14
- 4.2 Toegang tot deskundig personeel 14
 - 4.2.1 Detacheringovereenkomsten gaven risico's voor continuïteit en deskundigheid van medewerkers 14
 - 4.2.2 Naast huisartsen ook nog basisartsen en sociaal geneeskundigen 14
 - 4.2.3 Verpleegkundige zorg en toegeleiding nog in ontwikkeling 15
 - 4.2.4 Psychologische zorg weinig gestructureerd 15
 - 4.2.5 Tandheelkundige zorg geregeld, maar acute zorg niet sluitend 16
 - 4.2.6 Tweedelijnszorg toegankelijk, maar randvoorwaarden gaven beperkingen 16
- 4.3 Medische zorg in isoleercel aanwezig, maar geen preventiebeleid 16
- 4.4 Risico's in farmaceutische zorg en geneesmiddelendistributie 17
- 4.5 Continuïteit van zorg voor en na detentie nog niet goed geregeld 17
- 4.6 MIP, klachten en calamiteiten niet structureel gebruikt voor kwaliteitsverbetering 18
- 4.7 Leefklimaat, hygiëne en cultuur soms onvoldoende 18

5 Beschouwing 19

- 5.1 Toegang tot deskundig personeel 19
- 5.2 Isoleercelbeleid 20
- 5.3 Farmaceutische zorg en geneesmiddelendistributie 20
- 5.4 Continuïteit van zorg voor en na detentie 20
- 5.5 MIP, klachten en calamiteiten 21
- 5.6 Leefklimaat, hygiëne en cultuur 21

6 Summary 22

Bijlagen

1	Instrument Toetsing Medische zorg Detentiecentra	24
2	Lijst van bezochte centra	39
3	Lijst van afkortingen	40

Voorwoord

Bij de beantwoording van Kamervragen na het overlijden op 3 februari 2008 van een vreemdeling in het detentiecentrum in Rotterdam, heeft de staatssecretaris van Justitie toegezegd de inspectie te vragen haar onderzoek naar de zorg van de medische diensten in de penitentiaire inrichtingen uit te breiden met onderzoek naar de medische diensten in detentiecentra. Internationale instanties voor de rechten van de mens hebben bij herhaling hun zorgen geuit over de detentie van asielzoekers en illegalen in Nederland. In dit rapport oordeelt de inspectie over de kwaliteit en de toegankelijkheid van de medische zorg uitgaande van de realiteit van detentie.

In dit rapport staan de resultaten van het inspectieonderzoek in augustus en september 2008 bij de medische diensten van alle zes detentiecentra in Nederland.

De justitieel artsen, verpleegkundigen en psychologen zijn zeer betrokken bij deze bijzondere groep mensen met een intensieve zorgvraag. Het betreft een snel wisselende multiculturele groep met vaak een achterstand in zorg, mede door het verblijf in illegaliteit. De artsen ervaren geen beperkingen bij het geven van door hen geïndiceerde zorg. De zorg in de detentiecentra is zodanig georganiseerd, dat het bieden van verantwoorde en veilige zorg mogelijk is. Dat wil niet zeggen dat er geen risico's zijn of mogelijkheden tot verbetering. De inspectie signaleert bij alle bezochte detentiecentra enkele knelpunten die kunnen leiden tot verminderde toegang tot deskundige zorg of verminderde continuïteit van zorg en daarmee tot risico's. De borging van de kwaliteit van zorg en de beschikbaarheid van voldoende deskundige medewerkers moet nog verbeteren.

Als de in april 2009 ingediende verbeterplannen eind 2009 zijn geëffectueerd, resten er duidelijk minder risico's in de zorg voor gedetineerden. De inspectie zal dat in maart 2010 toetsen.

Prof. dr. G. van der Wal

Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De Dienst Bijzondere Voorzieningen (DBV) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is belast met het in detentie houden van mensen die op publiekrechtelijke basis zijn ingesloten. De medische zorg die de DBV aanbiedt aan gedetineerden is gelijkwaardig aan de zorg die burgers in de vrije maatschappij op grond van de basisverzekering krijgen, behoudens de zorg die in redelijkheid uitgesteld kan worden tot het einde van de detentie zonder dat er gezondheidsschade optreedt.

De IGZ onderzocht of de zes detentiecentra in Nederland voldoen aan de voorwaarden om verantwoorde zorg te kunnen leveren en die zorg bieden aan mensen die op publiekrechtelijke basis zijn ingesloten, waar zij recht op hebben. Hiertoe bezocht en beoordeelde de IGZ in najaar 2008 de medische diensten van deze centra met behulp van het Instrument Toezicht Medische zorg Detentiecentra.

Uit het onderzoek blijkt dat er geen grote verschillen in de organisatie en het niveau van de medische zorg zijn, ondanks dat functie en doelgroep van de zes centra onderling verschillen. De zorg is zodanig georganiseerd dat het bieden van verantwoorde en veilige zorg mogelijk is. Dat wil niet zeggen dat er geen risico's zijn of mogelijkheden tot verbetering. De inspectie signaleert bij alle bezochte detentiecentra knelpunten die kunnen leiden tot verminderde toegang tot deskundige zorg of verminderde continuïteit van zorg:

- De artsen ervaren geen beperkingen in de uitvoering van zorg, die door hen geïndiceerd is. Er zijn daarmee geen knelpunten in het begrip noodzakelijke zorg geconstateerd.
- Het handelen is gericht op de zorgvraag van de individuele patiënt; er wordt niet overal tijd genomen voor kwaliteitsmanagement.
- De continuïteit van zorg na detentie is onvoldoende protocollair geregeld, zodat soms gedetineerden zonder noodzakelijke vervolgzorg op straat staan.
- De zorg in avond, nacht en weekend kent diverse risico's, zoals minder deskundige artsen, ongewenst gebruik van de noodvoorraad medicatie, lange aanrijdtijd van artsen en onvolledig ingevulde probleellijsten in het elektronisch medisch dossier Micro-His.
- Bij detentiecentra is alleen de staf in vaste dienst. Bijna alle overige medewerkers zijn aangesteld via detacheringovereenkomsten. Dat geeft de flexibiliteit om in te spelen op de wisselende aantallen gedetineerden, maar ook een risico op discontinuïteit en het verloren gaan van opgebouwde deskundigheid.
- De psychologische zorg is erg afhankelijk van de ervaring en kennis van de individuele psycholoog. Er is geen overkoepelende visie en geen uitgewerkte taak en functieomschrijving met concreet bij functioneringsgesprekken te evalueren doelen. De psychologen missen een landelijk gestructureerd aanbod van begeleiding en therapeutische interventies. In twee centra waren onvoldoende medisch psychologen beschikbaar.
- De medicatieveiligheid is onvoldoende door onnodig gebruik van de noodvoorraad.
- Onvolledig ingevulde probleellijsten geven bij medicatiebewaking en het medisch beleid bij waarneming meer risico's dan nodig.

De zes detentiecentra van DBV hebben in april 2009 gezamenlijk een plan van aanpak ingediend, dat door de inspectie positief is beoordeeld. In maart 2010 controleert de inspectie of het plan van aanpak conform afspraak is uitgevoerd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

De Dienst Bijzondere Voorzieningen (DBV) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is belast met het in detentie houden van mensen die op publiekrechtelijke basis zijn ingesloten: asielzoekers, illegalen en vreemdelingen, en strafrechtelijk vervolgd uit die groep. De wijze van uitvoering van detentie is gelijk aan de wijze waarop de strafrechtelijk ingeslotenen in het Gevangeniswezen (GW) worden behandeld. Het belangrijkste verschil is de juridische basis waarop de ingeslotenen van hun vrijheid zijn beroofd.

De DBV beheert zes detentiecentra in Nederland. De DBV hanteert ten behoeve van de gezondheidszorg van de gedetineerden het begrip noodzakelijke zorg. Dat betekent dat de medische zorg die wordt aangeboden aan de gedetineerde door de DBV, gelijkwaardig is aan de zorg zoals een burger in de vrije maatschappij op grond van het basispakket van de zorgverzekering krijgt. Dit betekent niet dat het pakket medische zorg volkomen gelijk is aan het zorgpakket van de basisverzekering. Er worden in het vademecum een aantal medische verrichtingen beschreven die zijn toegevoegd aan, en een aantal verrichtingen die zijn geschrapt uit het basispakket. Uitbreiding vindt plaats als door het ontbreken van zorg de kans op gezondheidsschade aanmerkelijk is, vooral tandheelkundig. De motivatie om te schrappen is gelegen in het volgende criterium: 'de betreffende medische verrichting kan in redelijkheid uitstel verdragen tot het einde van de detentie zonder dat er gezondheidsschade optreedt'. 'In redelijkheid' heeft de betekenis dat het op grond van de professionele autonome indicatie van de betrokken arts medisch verantwoord is om de behandeling uit te stellen. Het vademecum schrijft niet het medisch handelen voor, maar geeft de kaders voor het verstrekkingenpakket aan. Hoewel dit in de praktijk nauwelijks voorkomt zou een gedetineerde met eigen financiering meer zorg kunnen kopen, zoals bijvoorbeeld tandheelkundige behandelingen buiten het verstrekkingenpakket.

De vaak korte verblijfsduur van vreemdelingen, de onbekendheid met het Nederlandse systeem van zorg, de beperkte beheersing van de Nederlandse taal, het ontbreken van te sturen vervolgzorg (de vreemdelingen gaan na detentie of naar het buitenland of verdwijnen in de illegaliteit) en het veelal ontbreken van een goed gedocumenteerde voorafgaande zorg maken dat de zorg in detentiecentra een aantal belangrijke beperkingen kent vergeleken met de reguliere huisartsgeneeskundige zorg zoals continuïteit en preventie. Anderzijds is in de detentiecentra vaak sprake van hoge zorgconsumptie door de vaak beperkte zorg vóór detentie, de onzekere situatie waarin gedetineerden zich bevinden, het veelal ontbreken van familie en sociaal netwerk en het ontbreken van zelf te bepalen toekomst.

Bij de beantwoording van Kamervragen na het overlijden op 3 februari 2008 van een vreemdeling in het detentiecentrum in Rotterdam heeft de staatssecretaris van Justitie toegezegd de inspectie te vragen haar onderzoek naar de zorg van de medische diensten in de penitentiaire inrichtingen uit te breiden met onderzoek naar de medische diensten in detentiecentra.

In augustus en september 2008 hebben de bezoeken aan de detentiecentra plaatsgevonden. In oktober zijn de conceptverslagen naar de instellingen gestuurd, waarop in november en december commentaar gegeven is. In januari 2009 zijn de definitieve rapporten van de instellingen vastgesteld. In april 2009 hebben de detentiecentra een gezamenlijk plan van aanpak naar de inspectie verstuurd dat eind april is goedgekeurd.

Vervolgens is dit geaggregeerde rapport geschreven en door de IGZ-organisatie behandeld.

Dit rapport moet, met een kritische blik op de wijze waarop publiekrechtelijk gedetineerden gezondheidszorg kunnen krijgen, duidelijkheid verschaffen aan degenen, die specifiek belangstelling hebben voor de rechten van illegalen en asielzoekers in Nederland (zoals de Tweede Kamer, de Nederlandse media en internationale organisaties).

1.2 Onderzoeksvragen

Doelstelling van het onderzoek is bijdragen aan een verantwoorde en veilige zorg voor publiekrechtelijk gedetineerden.

De hoofdvraag bij het onderzoek naar de medische diensten in de detentiecentra was: In hoeverre wordt in de detentiecentra voldaan aan de noodzakelijke voorwaarden om verantwoorde zorg te leveren?

Indien niet of niet volledig voldaan wordt aan noodzakelijke voorwaarden voor verantwoorde zorg of wanneer de zorg niet gelijkwaardig is met de zorg buiten detentie, is de volgende vraag in hoeverre dit risico's met zich meebrengt. Een tweede vraag die tijdens het toezicht beantwoord moest worden was daarmee: welke risico's zijn er in de medische zorg die de medische diensten in detentiecentra aanbieden?

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

Alle zes locaties van detentiecentra in Nederland zijn bezocht in augustus en september 2008. Van alle bezoeken is met behulp van het Toezichtinstrument Medische Zorg Detentiecentra (bijlage 1) een verslag gemaakt en aan de instelling toegezonden met de vraag om een plan van aanpak te maken om de gevonden risico's te verminderen. Bij het bezoek is gebruikgemaakt van een toetsingskader met een aantal vooraf bepaalde aandachtsgebieden.

Het oordeel over de verschillende aandachtsgebieden werd gevormd op basis van gesprekken met het hoofd medische dienst, twee verpleegkundigen, een van de artsen, een psycholoog en een vertegenwoordiging van gedetineerden.

De directies van de bezochte inrichtingen hebben in januari 2009 een definitief rapport ontvangen met de resultaten van het bezoek aan hun inrichting. De zes deelrapporten worden gelijktijdig met het huidige rapport gepubliceerd. De inrichtingen zijn verzocht een plan van aanpak te sturen naar de inspectie waaruit blijkt welke maatregelen zij nemen om de zorg in de inrichting (verder) te verbeteren. De detentiecentra hebben in april 2009 een gezamenlijk plan van aanpak geschreven met per instelling nog een aanvulling. Deze plannen van aanpak zijn bij de inspectie ingediend en eind april 2009 beoordeeld.

2 Conclusies

Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste conclusies met betrekking tot de zorg in detentiecentra en de risico's die daarbij zijn gesignaleerd.

2.1 Veilige en verantwoorde zorg is mogelijk

De eerste onderzoeksvraag was: in hoeverre voldoen de detentiecentra aan de noodzakelijke voorwaarden om verantwoorde zorg te leveren?

Uit het onderzoek blijkt dat de zorg in detentiecentra zodanig is georganiseerd dat verantwoorde en veilige zorg mogelijk is. Dat wil niet zeggen dat er geen risico's zijn of mogelijkheden tot verbetering. De inspectie signaleert bij alle bezochte detentiecentra een aantal knelpunten die kunnen leiden tot verminderde toegankelijkheid van deskundige zorg of verminderde continuïteit van zorg en daarmee tot risico's. De borging van de kwaliteit van zorg en de deskundigheid van medewerkers moet nog verbeteren.

De toegang tot de zorg is laagdrempelig door ruime aanwezigheid van verpleegkundigen, 7 dagen per week van 7.30 tot 22.00 uur. De artsen ervoeren geen beperkingen in de uitvoering van zorg, die door hen geïndiceerd was. Er zijn daarbij geen knelpunten in het begrip noodzakelijke zorg geconstateerd.

Het handelen is gericht op de zorgvraag van de individuele patiënt. Er wordt onvoldoende tijd gecreëerd voor kwaliteitsmanagement. Een professionele visie op het totale proces, de continuïteit van zorg, het gebruik van een jaarverslag, MIP-meldingen en systematische klachtafhandeling voor verbetering van de zorg is nog onvoldoende ontwikkeld.

De continuïteit van zorg na detentie is onvoldoende protocollair geregeld, zodat soms gedetineerden zonder noodzakelijke vervolgzorg op straat staan.

2.2 Risico's in avond, nacht en weekend zorg

De tweede onderzoeksvraag luidde: welke risico's zijn er in de medische zorg die de medische diensten in detentiecentra bieden?

Het onderzoek leert dat de zorg in avond, nacht en weekend diverse risico's kent, zoals triage door niet-medisch geschoolde detentietoezichthouders (alleen in de nacht), minder deskundige artsen, gebruik van de noodvoorraad medicatie, lange aanrijdtijd van artsen en onvolledig ingevulde probleemlijsten in het elektronisch medisch dossier: Micro-His.

2.3 Deskundigheid medewerkers is in ontwikkeling

Het geven van verantwoorde huisartsgeneeskundige zorg aan gedetineerden vergt naast curatieve bekwaamheid op huisartsgeneeskundig niveau ook verdere deskundigheid op het gebied van verslaving, psychiatrie, infectieziekten en juridische kennis. Daartoe is een opleiding tot justitieel arts geïnitieerd. Deze opleiding is recent gestart en is nog door geen enkele arts afgerond.

De toegeleidingsfunctie van de verpleegkundigen naar de arts vergt nog verdere scholing en concrete uitwerking van werkafspraken per instelling.

2.4 Detachering naast voordelen ook nadelen

Bij detentiecentra is alleen de staf in vaste dienst. Bijna alle overige medewerkers zijn aangesteld via detacheringovereenkomsten. Dat geeft een grote flexibiliteit bij het inspelen op de wisselende aantallen gedetineerden. Maar het betekent ook een groot risico op discontinuïteit van medewerkers en het verloren gaan van opgebouwde deskundigheid als om de vier jaar nieuwe overeenkomsten gesloten worden. Dit mede, omdat het twee jaar ervaring en opleiding kost om volwaardig justitieel arts of verpleegkundige te zijn.

In de detacheringovereenkomsten is de gewenste kwaliteit van de artsen niet altijd voldoende helder opgenomen. Het hoofd medische dienst is niet direct betrokken bij functioneringsgesprekken met artsen.

2.5 Psychologische zorg vergt landelijk beleid en sturing

De psychologische zorg is erg afhankelijk van de ervaring en kennis van de individuele psycholoog. Er is geen overkoepelende visie en geen uitgewerkte taak en functieomschrijving met concreet bij functioneringsgesprekken te evalueren doelen. De psychologen missen een landelijk gestructureerd aanbod van begeleiding en therapeutische interventies. In twee centra waren onvoldoende medisch psychologen beschikbaar.

2.6 Risico in isoleercellen

De medische zorg in isoleercellen is voldoende geregeld. De medische dienst aggregeert de registratie van de duur en de toepassing van insluiting in de isoleer niet. Daardoor is er te weinig systematische aandacht voor de preventie van schade die mogelijk veroorzaakt wordt door verblijf in de isoleercel, met name voor psychiatrische ontregeling ten gevolge van isolatie.

2.7 Risico's bij farmacotherapie

Gedetineerden die in het weekend nieuw worden ingesloten, krijgen medicijnen uit een noodvoorraad in plaats van levering uit een apotheek. Daarmee is de scheiding tussen voorschrift en ter hand stellen van geneesmiddelen niet aanwezig en is de medicatieveiligheid onvoldoende gerealiseerd.

De verantwoordelijkheid voor de voorraadmedicatie wordt veelal belegd bij de apotheker. Met de komst van de nieuwe geneesmiddelenwet is dit echter niet meer mogelijk: een apotheker kan slechts op één plaats verantwoordelijk zijn voor medicatie niet op naam, alleen in eigen apotheek.

Onvolledig ingevulde probleemlijsten in het medisch dossier geven bij medicatiebewaking en medisch beleid bij waarneming een verhoogd risico op onveilige zorg.

2.8 Privacy niet altijd geborgd

De privacy van gedetineerden is onvoldoende geborgd bij de schriftelijke aanvraag voor bezoek medische dienst en soms tijdens het spreekuur doordat de spreekkamer ook doorloopruimte voor de administratie is.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen en aanbevelingen voor detentiecentra

De inspectie vindt dat medische diensten in detentiecentra de volgende maatregelen moeten nemen:

- In detachingscontracten moet duidelijk omschreven worden aan welke kwaliteitseisen de medewerkers moeten voldoen en op welke wijze de navolging van deze eisen wordt gecontroleerd.
- Medische diensten moeten artsen en verpleegkundigen scholen voor de toegeleidingsfunctie van de verpleegkundigen naar de arts. Artsen en verpleegkundigen moeten de centraal vastgelegde toegeleidingsprotocollen concreet uitwerken tot lokale werkafspraken per instelling.
- De medische diensten moeten gezamenlijk een visie uitwerken op de psychologische zorg in detentiecentra. Er moeten uitgewerkte taak- en functieomschrijvingen komen met concreet bij functioneringsgesprekken te evalueren doelen. Er moet een landelijk gestructureerd aanbod van begeleiding en therapeutische interventies komen.
- Medische diensten moeten situaties waarbij het voorschrijven, afleveren en uitdelen van geneesmiddelen in de hand van één arts zijn, beperken tot spoed- of nood-situaties. Daarbij moeten de volgende zorgvuldigheidseisen in acht worden genomen:
 - Een nauwgezette administratie van het uit de voorraad onttrekken van medicijnen.
 - Door wie de medicijnen uit de voorraad worden gehaald en voor wie?
 - Het gelijktijd uitschrijven van een recept, dat de eerstvolgende werkdag door de arts wordt getekend en naar de apotheek gaat om de medicatiehistorie van de patiënt bij te werken en de voorraad aan te vullen.
- Detentiecentra moeten actief beleid voeren om gedetineerden met een duidelijke behoefte aan vervolgzorg te helpen of in ieder geval de medische bescheiden mee te geven, zodat zij na hun detentieperiode in staat zijn om zelf hun vervolgbehandelaar op de hoogte te stellen van de eerder ontvangen zorg.
- Medische diensten moeten werk maken van kwaliteitsmanagement. Zo moeten zij een registratie bijhouden van klachten, op basis daarvan trends in tekortkomingen in de zorg evalueren en verbetermaatregelen nemen. Ook moeten zij incidenten registreren, evalueren en terugkoppelen, liefst in samenwerking met alle centra.
- Medische diensten moeten calamiteiten (incidenten met ernstige schade of dood tot gevolg) bij de inspectie melden.
- Medische diensten moeten structureel aandacht besteden aan preventie van gezondheidsklachten en hygiënebevorderende activiteiten.

3.2 Vervolgacties inspectie

De zes instellingen van DBV hebben intussen gezamenlijk een plan van aanpak ingediend met een algemeen deel en een aantal maatregelen per instelling. Dit plan van aanpak heeft de inspectie positief beoordeeld. Het gaat voldoende in op de gesignaleerde risico's. Indien de voorgenomen maatregelen allemaal volgens planning worden uitgevoerd zijn, in 2010 deze risico's duidelijk verminderd.

In maart 2010 zal de inspectie controleren of het plan van aanpak conform afspraak is uitgevoerd.

4 Resultaten

4.1 Algemeen

Het was nog niet gebruikelijk om het functioneren van de medische dienst systematisch te evalueren en kwaliteitsdenken moest nog worden verbeterd.

Alle door ons geïnterviewde artsen gaven aan dat zij geen beperkingen ervoeren in de uitvoering van zorg, die door hen geïndiceerd was. Er zijn daarbij geen knelpunten in het begrip noodzakelijke zorg geconstateerd.

Geen enkele medische dienst maakte een jaarverslag ter verantwoording van de geleverde zorg. Een jaarverslag als hulpmiddel om eigen doelstellingen en prestaties helder te formuleren en structureel te evalueren ontbrak daarmee.

Het ontbrak de artsen soms aan faciliteiten die in de hedendaagse zorg gebruikelijk zijn. Het gebruik van internet of een camera voor dermatologische afwijkingen was door het beveiligingsregime niet toegestaan. Dit beperkte artsen en verpleegkundigen in de voortgang van zorg. Gedetineerden moesten onnodig geboeid naar het ziekenhuis om zich te laten beoordelen of voor een uitslag van onderzoek. Daardoor hadden gedetineerden te maken met een langere diagnosetijd. Dit zou met betere elektronische faciliteiten niet nodig zijn. Omdat de gedetineerden soms met ontslag gaan voordat een consult in de tweede lijn doorgang kan vinden, betekende dat soms een gemiste kans om de diagnose te stellen en te behandelen.

4.2 Toegang tot deskundig personeel

4.2.1 Detacheringovereenkomsten gaven risico's voor continuïteit en deskundigheid van medewerkers

De DBV heeft in alle centra het beleid dat alleen de staf in vaste dienst is en dat de uitvoerende diensten worden verzorgd door middel van detacheringovereenkomsten. Dat heeft grote voordelen voor de gewenste flexibiliteit afhankelijk van het aantal en soort gedetineerden. Het nadeel is dat bij aanbesteding een nieuwe detacheerder mogelijk mensen detacheert die weinig ervaring hebben in deze specifieke dienstverlening.

4.2.2 Naast huisartsen ook nog basisartsen en sociaal geneeskundigen

In vijf van de zes detentiecentra werkten naast huisartsen ook basisartsen met name in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW). Alleen in Zeist werkten zowel overdag als in ANW-diensten huisartsen die allen in opleiding zijn tot justitieel arts. Vaak ontleenden de artsen hun bekwaamheid aan ervaring met werk in politiecellen, in instellingen van de DJI en voor verslaafden en zorgwekkende zorgmijders. In twee van de zes detentiecentra (Rotterdam en Dordrecht) waren geen contractuele afspraken waarin de minimum kwaliteitseisen voor artsen zijn vastgelegd. Het hoofd medische dienst hield in de detentiecentra geen functioneringsgesprekken met artsen of tandartsen. De artsen hadden wel een functioneringsgesprek met de detacherende organisaties zoals GGD, Forensische Artsen Regio Rijnmond (FARR) of Forensische Medische Maatschap Utrecht (FMMU), maar die hebben niet altijd zicht op het functioneren binnen het detentiecentrum. Sommige hoofden van de medische diensten gaven wel input voor de functioneringsgesprekken, maar zij waren er niet bij aanwezig. De opleiding tot justitieel geneeskundige was net gestart en werd nog niet door alle artsen gevolgd. Er waren

artsen die alleen avond-, nacht- en weekenddienst deden voor de detentiecentra. Zij werden niet automatisch geschoold voor justitieel werk. Ook was hun deskundigheid niet altijd geborgd door registratie, ervaring of (na)scholing.

Vaak werkten verschillende artsen met deelaanstellingen binnen één instelling. Zij hadden niet een eigen patiëntenpopulatie, maar waren gezamenlijk verantwoordelijk voor de hele populatie. De afstemming tussen de artsen en de eindverantwoording over protocollen, kwaliteitsbeleid en de toegeleiding naar de artsen was niet altijd goed vastgelegd. De registratie van medische gegevens vond plaats in Micro-His. De registratie in het medisch journaal was goed, maar het invullen van de probleellijsten was niet voldoende voor een risicoloze overdracht en voor adequate medicatiebewaking.

Behalve in Zeist gold voor de centra dat de artsen niet altijd binnen een half uur in de detentiecentra konden zijn. De inrichtingen hanteerden een andere norm (een uur in plaats van een half uur) dan in de huisartsgeneeskunde gebruikelijk is en vingden de eventuele spoedproblemen op met de inzet van ambulancezorg.

4.2.3 Verpleegkundige zorg en toegeleiding nog in ontwikkeling

De verpleegkundigen waren 7 dagen van de week van 7.30 tot 22.00 uur aanwezig. Zij waren ruim en laagdrempelig bereikbaar en beschikbaar. Er was ook een hoge zorgvraag van gedetineerden door de vaak beperkte zorg vóór detentie, de onzekere situatie waarin gedetineerden zich bevonden, het veelal ontbreken van familie en sociaal netwerk en het ontbreken van zelf te bepalen toekomst. De formatie van verpleegkundigen in vijf detentiecentra was goed op orde. In één detentiecentrum werden knelpunten ervaren in de formatie, omdat er onvoldoende administratieve ondersteuning was. Daardoor kwamen de verpleegkundigen naast de intakes en spreekuren niet toe aan preventieve activiteiten zoals voorlichting over bijvoorbeeld infectieziekten.

Er werd ruim aandacht en tijd geïnvesteerd in opleiding en nascholing, al was dat niet overal ingebed in een gestructureerd scholingsplan. Geen van de verpleegkundigen had echter de opleiding tot justitieel verpleegkundige afgerond. Problemen met de capaciteit van de landelijke opleiding belemmerden deze noodzakelijke bijscholing.

De verpleegkundigen gingen over het algemeen wel goed om met de toegeleidingsfunctie en waren zich voldoende bewust van de grenzen van hun bekwaamheden en bevoegdheden. De nabespreking van verpleegkundig consulten met de artsen was goed geregeld en de artsen waren voldoende beschikbaar voor raadpleging door verpleegkundigen. De uitwerking van de toegeleidingsprotocollen tot concrete werkafspraken voor verpleegkundigen en artsen was nog niet overal voldoende gerealiseerd. In Zaandam gold dat de snelle wisseling en de relatief jonge leeftijd van de verpleegkundigen knelpunten gaven in de ervaring en de bekwaamheid voor deze moeilijke doelgroep.

4.2.4 Psychologische zorg weinig gestructureerd

In twee detentiecentra was de formatie voor psychologen niet op orde. In twee andere centra werkte een psycholoog die niet geregistreerd was als GZ-psycholoog, al was daar wel tevens een GZ-psycholoog werkzaam. Landelijke gezien was het een probleem voldoende GZ-psychologen aan te stellen voor de DJI. In één centrum leidde dit tot lange wachttijden.

Het Psycho Medisch Overleg (PMO) functioneerde in alle centra. Alle gedetineerden die daarvoor in aanmerking kwamen, werden besproken. In structurering, evaluatie en terugkoppeling was nog weinig voorzien.

De inspectie heeft in alle detentiecentra een schriftelijke werkopdracht voor de psychologen gemist. Beleid werd gevoerd door de individuele psycholoog op basis van eigen kennis en ervaring. Er was geen landelijke afstemming van prioriteiten en toepassing van specifieke zorgprogramma's voor de doelgroep. De kwaliteit van zorg was daarmee niet altijd gelijkwaardig met de zorg buiten detentie.

De toegang tot psychiatrische zorg was op kantooruren voldoende. In avond, nacht en weekenden was het wel eens moeilijk de noodzakelijke zorg snel te regelen.

In Zeist en Rotterdam was een Extra Zorg Afdeling (EZA) waar gedetineerden met gedragsafwijkingen of psychiatrische aandoeningen geplaatst konden worden, ook vanuit de andere centra. De capaciteit van de EZA lijkt voldoende. Bij zwaardere psychiatrische problematiek bestond de mogelijkheid voor plaatsing in de Forensische Observatie en Behandelings Afdeling (FOBA) van het gevangeniswezen te Amsterdam. In centra waar geen EZA was, werden gedetineerden met extra zorgbehoeften maar niet al te zware problematiek op een afdeling geplaatst met eenpersoonscellen en extra rust en begeleiding.

4.2.5 Tandheelkundige zorg geregeld, maar acute zorg niet sluitend

De tandheelkundige voorziening was goed geregeld. De verstrekte zorg was ruimer dan de zorg die in Nederland onder de zorgverzekering valt, maar voor gedetineerden was de begrensdheid van het pakket nogal eens reden tot onbegrip en klachten. De tandarts kwam overal eens per week, de acute klachtenopvang varieerde per centrum en was niet altijd beschikbaar.

4.2.6 Tweedelijnszorg toegankelijk, maar randvoorwaarden gaven beperkingen

Gedetineerden moesten met handboeien en/of broekstok naar de tweede lijn en zagen dit als een drempel om daadwerkelijk te gaan. Daarnaast was het regelen van tijdig vervoer niet altijd mogelijk. Ook werden vreemdelingen ontslagen uit detentie voor de datum van onderzoek in de tweede lijn, waardoor noodzakelijk medisch onderzoek niet plaatsvond.

4.3 Medische zorg in isoleercel aanwezig, maar geen preventiebeleid

De isoleercel wordt gebruikt als afzonderingscel op grond van orde en veiligheid of ter observatie om een gedetineerde tegen een gevaar voor zichzelf en zijn omgeving te beschermen (psychische of psychiatrische gronden).

Bij plaatsing in de isoleercel kwam dagelijks iemand van de medische dienst kijken. Het was niet altijd duidelijk of ook in het weekend een arts fysiek naar de inrichting kwam om iemand binnen 24 uur te beoordelen.

De medische dienst werd bij insluitingen in de isoleercel tijdig ingeschakeld en het advies van de arts, psycholoog of psychiater werd door het management overgenomen. Verpleegkundigen en artsen registreerden hun consulten in de isoleer in Micro-HIS. De medische dienst aggregeerde deze registratie van de duur en de toepassing van insluiting in de isoleercel onvoldoende om systematische aandacht te hebben voor de preventie van schade die mogelijk veroorzaakt werd door verblijf in de isoleercel, met name voor psychiatrische ontregeling ten gevolge van isolatie.

4.4 Risico's in farmaceutische zorg en geneesmiddelendistributie

Het domein farmaceutische zorg is het volledige proces van het ontwikkelen en toepassen van een formularium, het voorschrijven van medicatie, het beoordelen van het recept in relatie met de patiëntgegevens, het ter hand stellen van de medicatie door de apotheek, het opbouwen van een medicatiehistorie, farmacotherapeutisch overleg tussen voorschrijver en apotheker, tot aan het overdragen van medicatiegegevens aan opvolgende zorgverleners van de patiënt.

De geneesmiddelendistributie betreft de aflevering aan het detentiecentrum, de opslag, het delen binnen het detentiecentrum, en het retourneren van geneesmiddelen.

In geen enkel centrum werden probleemlijsten voldoende bijgehouden in het huisartseninformatiesysteem. Daarbij was het risico dat door het huisartsinformatiesysteem contra-indicaties werden gemist. Zonder probleemlijst waren essentiële onderdelen van het dossier onvoldoende helder in het dossier terug te vinden, wat vooral van belang is bij de wisseling van artsen.

In alle centra werd voor nieuwe gedetineerden op de vrijdag, de weekendmedicatie die niet spoedeisend was uit de noodvoorraad gehaald en niet bij de apotheek besteld. Daarmee waren voorschrijven en aflevering in één hand met de daarbij behorende risico's. Ook was daardoor een te grote noodvoorraad medicatie aanwezig die deels receptplichtig was. Verantwoordelijkheden voor het uitschrijven van medicatie en het autoriseren van recepten waren onvoldoende helder belegd. De verantwoordelijkheid voor de voorraad van geneesmiddelen was bij alle centra belegd bij de apotheek, hoewel dit wettelijk gezien niet mogelijk is. Het retourbeleid werd niet altijd zorgvuldig uitgevoerd: de inspectie trof in de voorraad van de centra medicatie aan van gedetineerden die al met ontslag waren. Ook waren er soms geneesmiddelen over de houdbaarheidsdatum heen.

Er was een helder protocol medicatiedistributie waarmee potentiële risico's in het proces van verstrekking zo klein mogelijk werden gehouden. Niet overal werd het protocol echter nauwkeurig gevolgd. In Zeist werd medicatie door detentietoezichthouders gedeeld, hoewel die daar onvoldoende voor geschoold waren. In de overige centra deelden de verpleegkundigen de medicatie.

De psychiater kon over het algemeen niet in Micro-His, waardoor verpleegkundigen de medicatievoorschriften van de psychiaters over moesten brengen van papier naar Micro-His. Daarmee trad een risico op fouten op.

Het geven van bijsluiters was in alle zes centra niet gangbaar. De gedetineerden werden slechts mondeling voorgelicht.

4.5 Continuïteit van zorg voor en na detentie nog niet goed geregeld

Omdat binnenkomende gedetineerden vaak uit de illegaliteit komen en geen reguliere zorg ontvangen, was het verkrijgen van goede en volledige zorginformatie bij aanvang detentie vaak moeilijk. De intake vond wel protocollair plaats, maar leverde in lang niet alle gevallen volledige en betrouwbare informatie op.

Er was geen protocol aanwezig voor het schriftelijk overdragen van gegevens van de vreemdelingen die met ontslag gingen. Vreemdelingen met zorgbehoefte werden regelmatig in vrijheid gesteld zonder dat de medische dienst hierover tijdig was geïnformeerd. Zij kregen over het algemeen wel medicatie mee, maar geen kopie van het zorgdossier. Er

zijn in verschillende centra zorgen geuit over het ontslaan of uitzetten van gedetineerden met een indicatie voor GGZ-zorg.

4.6 MIP, klachten en calamiteiten niet structureel gebruikt voor kwaliteitsverbetering

Klachten en incidenten in de medische en farmaceutische zorg werden in de meeste centra niet geregistreerd en geaggregeerd. Ook was er geen structuur van systematische terugkoppeling, waardoor klachten en incidenten onvoldoende werden geëvalueerd en niet leidden tot verbeteringen in de zorg. Een MIP-commissie waarin op een veilige manier incidenten kunnen worden gemeld en geëvalueerd, was nog niet binnen de DBV geïnstalleerd.

De wettelijke verplichting om calamiteiten te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg was niet bij alle centra bekend en er waren geen schriftelijke afspraken over binnen de medische dienst.

4.7 Leefklimaat, hygiëne en cultuur soms onvoldoende

De medische privacy was niet altijd voldoende beschermd. Gedetineerden moesten een consult bij verpleegkundige of arts aanvragen met behulp van open briefjes via de detentietoezichthouders (DTH) en in sommige detentiecentra waren bewakers of toezichthouders bij het consult van de zorgverleners aanwezig. Ook waren in enkele centra de spreekkamers doorloopruimte naar de administratie.

Alle disciplines maakten met regelmaat gebruik van de tolkentelefoon.

De gedetineerden ervoeren de bejegening en behandeling door medewerkers van de medische dienst over het algemeen positief.

De bouwkundige omstandigheden, ruimtelijke beperkingen en een tekort aan dagelijkse behoeften riepen stress en machteloosheid op. De huisvesting van sommige detentiecentra was soms slechter dan in penitentiaire inrichtingen het geval is. Luchtplaatsen die als een kooiconstructie waren gebouwd, leken op een enkele plaats bijna mensonwaardig. Het toepassen van wegwerplakens en plastic eetgerei in Rotterdam leek een onnodig negatief effect te hebben.

5 Beschouwing

5.1 Toegang tot deskundig personeel

Het werken met medewerkers via detachering op grond van Europese aanbestedingen heeft voordelen bij het voorzien van voldoende medewerkers afhankelijk van de hoeveelheid gedetineerden. In de contracten dient dan wel voldoende duidelijk omschreven te worden aan welke kwaliteitseisen de medewerkers moeten voldoen en de wijze waarop die eisen worden gecontroleerd. De specifieke deskundigheid van bij de zorg betrokken medewerkers vergt opleiding en ervaring. Door elke vier jaar nieuwe partijen de kans te geven in te schrijven, bestaat het risico op verloren gaan van expertise. Ook is bij de aanbesteding van farmaceutische zorg in het Gevangeniswezen gebleken dat de laatste periode vóór de nieuwe aanbesteding de motivatie voor kwalitatief hoogwaardige en verantwoorde zorg kan dalen onder het gewenste niveau. Bij de contractering dient veel aandacht te zijn voor het oplossen van deze ongewenste effecten.

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet heeft de overheid besloten het recht op zorg te omschrijven in functionele termen. Dat betekent voor de zorg in detentie dat gedetineerden recht hebben op zorg zoals huisartsen plegen te leveren. De zorg hoeft dus niet uitsluitend door huisartsen geleverd te worden, maar degene die de zorg contracteert, moet wel zorgen dat de geleverde zorg van verantwoord niveau is. Daarbij vraagt de zorg voor gedetineerden van artsen naast curatieve bekwaamheid op huisartsenniveau ook specifieke kennis en kunde gericht op de doelgroep zoals (buitenlandse) infectieziekten, verslaving, psychiatrie en juridische kennis. Deze kennis kan verkregen zijn op basis van ervaring en/of scholing, zoals de opleiding tot justitieel arts. Deze laatste opleiding is recent ontwikkeld en de capaciteit was nog niet groot genoeg om alle artsen deel te laten nemen.

In de detacheringovereenkomsten dient een zo duidelijk mogelijke omschrijving van de gevraagde deskundigheid te zijn vastgelegd. De constructie in avond, nacht en weekend met onvoldoende bekwame artsen met een bekwame achterwacht op afstand voldoet in de praktijk eigenlijk nauwelijks. De achterwacht wordt zelden geraadpleegd en komt eigenlijk nooit zelf kijken en daarmee is de kwaliteit van zorg niet geborgd.

De toeleidingsfunctie van de verpleegkundigen, de verpleegkundige vóór de huisarts, is in Nederland alleen bekend bij asielzoekers en gedetineerden. De daarvoor benodigde kennis en ervaring vergen scholing van artsen en verpleegkundigen. Daarnaast moeten artsen en verpleegkundigen de centraal vastgestelde toeleidingsprotocollen concreet uitwerken tot lokale werkafspraken, rekening houdend met ieders competenties en bekwaamheid. De opleiding tot justitieel arts en justitieel verpleegkundige is mede gericht op het optimaliseren van dit proces.

De kwaliteit van de psychologische zorg was nog teveel afhankelijk van de goedwillende individuele medisch psycholoog. Een landelijke en meer gestructureerde aanpak van functieomschrijving en takenpakket kan de kwaliteit van psychologische zorg verbeteren. Nu waren psychologen nog te vaak bezig om zelf begeleidingsarrangementen te ontwikkelen voor de diverse groepen gedetineerden.

De inspectie beseft dat de soms sterk getraumatiseerde doelgroep moeilijk te behandelen is, omdat er binnen detentie weinig mogelijkheden waren voor spanningsreductie.

5.2 Isoleercelbeleid

Hoewel duidelijk is dat plaatsing in een isoleercel als straf of maatregel soms onvermijdelijk is, vindt de inspectie dat bij het isoleercelbeleid kanttekeningen gemaakt moeten worden. In de geestelijke gezondheidszorg wordt een actief beleid gevoerd dat zich richt op de reductie van het gedwongen insluiten van patiënten in een separeer of isoleer. De reden hiervan is dat het insluiten in een isoleercel vaak ongewenste uitkomsten geeft, waaronder gezondheidsschade. Om te meten in hoeverre dit beleid effectief is, registreren GGZ-instellingen systematisch het aantal en de duur van separaties.

De inspectie vindt het daarbij niet van belang of iemand op maatregel zit of als straf. Van een medische dienst mag verwacht worden dat zij monitoren hoe de bijzondere omstandigheden van detentie en de daarbij horende maatregelen van invloed zijn op de gezondheid van de gedetineerden.

Wanneer dit niet gebeurt, is er een te groot risico, dat er bij een onbekend aantal insluitingen gezondheidsschade ontstaat die niet als zodanig onderkend wordt, of dat strafplaatsing in de isoleercel wegens dreigend of manifest agressief gedrag de aanwezigheid van psychopathologie overschaduwet.

5.3 Farmaceutische zorg en geneesmiddelendistributie

Volgens de Geneesmiddelenwet is het verboden om receptplichtige medicatie niet op naam van een patiënt in opslag te hebben buiten een apotheek. De dokterstas is hierop een uitzondering: hierin zit de medicatie waarover de arts voor de uitoefening van zijn beroep direct moet kunnen beschikken. In de situatie van detentiecentra kan op vergelijkbare wijze een concreet omschreven en gelimiteerde hoeveelheid medicatie op de medische dienst aanwezig zijn. In spoed- of noodsituaties, waarin de apotheek niet kan voorzien, kan de voorraad worden aangesproken. Dit mag alleen in opdracht van de arts. Daarbij ontstaat een situatie waarbij voorschrijven, afleveren en uitdelen in één hand is en daarmee risicovol is. Deze procedure moet daarom omgeven zijn met strikte zorgvuldigheidseisen:

- Een nauwgezette administratie van het uit de voorraad onttrekken.
- Door wie en voor wie.
- Het gelijktijdig uitschrijven van een recept, dat de eerstvolgende werkdag door de arts wordt getekend en naar de apotheek gaat om de medicatiehistorie van de patiënt bij te werken en de voorraad aan te vullen.

Juridisch is het beheer van de dokterstas de verantwoordelijkheid van de arts: deze kan de bijbehorende uitvoerende werkzaamheden zoals controle op vervaldata, laten verrichten door de apotheker. De onderlinge verantwoordelijkheden en taken tussen medische dienst, arts en apotheker dienen te zijn vastgelegd.

5.4 Continuïteit van zorg voor en na detentie

Het regelen van vervolgzorg voor gedetineerden die met ontslag gaan zonder dat uitzetting geregeld is of kan worden, is een moeilijk punt. Enerzijds doordat de medische dienst soms te laat of niet wordt ingelicht, anderzijds omdat de vertrekkers illegaal zijn, geen bekende woon- of verblijfplaats hebben en niet verzekerd zijn. De inspectie verwacht van de detentiecentra een actief beleid om gedetineerden met een duidelijke zorgbehoefte aan vervolgzorg te helpen of in ieder geval de medische bescheiden mee te geven, zodat zij in staat zijn om zelf hun vervolgbehandelaar op de hoogte te stellen van de zorg tijdens hun detentieperiode.

5.5 MIP, klachten en calamiteiten

Bij een groot verloop van patiënten die vaak niet in staat zijn om afhandeling van klachten af te wachten of door taalbarrières niet in staat zijn een klacht in te dienen, is het van groot belang dat de medische dienst zelf een registratie bijhoudt van klachten, zodat trends in tekortkomingen in de zorg worden geëvalueerd en verbetermaatregelen worden genomen.

De registratie, evaluatie en terugkoppeling van incidenten is een belangrijk kwaliteitsinstrument voor de verdere verbetering van de zorg en dient daadwerkelijk ingevoerd te worden, liefst in samenwerking met alle centra.

Datzelfde geldt voor het melden van calamiteiten bij de inspectie.

5.6 Leefklimaat, hygiëne en cultuur

Gedetineerden hebben recht op goede zorg en de detentiecentra hebben een medische dienst die veelal aan de grote zorgvraag van gedetineerden voldoet. Aan preventie en algemene hygiëne bevorderende activiteiten komen de medische diensten vaak niet toe. Daarnaast moet een detentiecentrum ook een beleid voeren gericht op preventie van gezondheidsklachten. Ondanks de beperkingen die detentie nu eenmaal geeft, moeten leefklimaat, cultuur en bejegening van de hele instelling en alle medewerkers gericht zijn op preventie van (verdere) schade aan gedetineerden.

6 Summary

The Special Facilities Division (*Dienst Bijzondere Voorzieningen*; DBV) of the Dutch prison service (*Dienst Justitiële Inrichtingen*; DJI) is tasked with accommodating people who have been detained under public law. DBV offers detainees the same level of medical care that is available to the general public (under statutory minimum health insurance), with the sole exception of interventions that may be postponed until the end of the detention period provided no adverse health impact will result.

The Health Care Inspectorate has conducted an investigation to determine whether the six detention centres in the Netherlands are able to meet the standards of 'responsible care', and do indeed provide the care services to which their detainees held under public law are entitled. In late 2008, the Inspectorate visited the medical departments of these detention centres and assessed them using the 'Supervision of Medical Care in Detention Centres' instrument (*Toezicht Medische zorg Detentiecentra*).

The investigation revealed that there are no major differences between the detention centres in terms of the organisation or standard of the medical care provided, even though the centres serve different purposes and accommodate different categories of detainee. Medical services are organised in a way that enables responsible and safe care to be provided. However, this does not mean that no risks exist or that there is no opportunity for improvement. In all detention centres visited, the Inspectorate noted various factors which could lead to reduced access to expert medical assistance, or could detract from the continuity of care.

Possible problem areas are:

- Doctors face no restrictions in providing care services which they believe to be indicated. Accordingly, the concept of 'necessary care' is not at risk.
- Interventions generally address the immediate care needs of the individual patient; not all departments devote due time and attention to quality management.
- The continuity of care after release is not subject to adequate protocols, whereupon some ex-detainees find themselves without access to essential follow-up care.
- There are various risks pertaining to medical care outside regular office hours (evenings, nights and weekends). These include the deployment of less qualified physicians, inappropriate use of the emergency medical supplies, the fact that the doctor on duty may have to travel a considerable distance to attend a patient, and failure to complete the problem lists in the Micro-His (electronic medical records) system in a conscientious manner.
- The detention centres have only a few permanent staff, the remainder being deployed on secondment from elsewhere. While this situation allows for greater flexibility in the face of fluctuating detainee numbers, it also raises the risk of discontinuity and of expertise being lost.
- The standard of psychological care available is very much dependent on the experience and knowledge of the individual psychologist. There is no overall vision, and no clear job description with specified goals on which to base any performance appraisal. Psychologists are not able to rely on any national guidelines with regard to counselling or therapeutic interventions. Two of the detention centres visited did not have adequate medical-psychological cover.
- Drug safety is below the required standard due to the unnecessary use of items from the emergency in-house pharmacy.

- Failure to complete problem lists in a satisfactory manner raises unnecessary risks in terms of monitoring the use of prescription drugs and the continuity of care if a patient is attended by another doctor.

In April 2009, the six DBV detention centres submitted a joint improvement plan, which the Inspectorate found to be satisfactory. In March 2010, the Inspectorate will conduct a follow-up assessment to ascertain whether the planned improvements have indeed been implemented.

BIJLAGE 1 Instrument Toezicht Medische Zorg Detentiecentra

Het instrument Toezicht Medische Zorg Detentiecentra is gebaseerd op het beleidskader en de visie medische zorg penitentiaire inrichtingen van de DJI, de wetgeving, zoals de penitentiaire beginselenwet en de gezondheidszorgwetgeving en op de beroepsnormen in de eerstelijnszorg, zoals de NHG-standaarden. Betreffende de gezondheidszorgwetgeving gaat het om de volgende wetten:

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

In het instrument zijn zes aandachtsgebieden opgenomen:

- Toegang tot deskundig personeel.
- Isoleercelbeleid.
- Farmaceutische zorg en geneesmiddelendistributie.
- Continuïteit van zorg voor en na detentie.
- MIP, klachten en calamiteiten.
- Leefklimaat, hygiëne en cultuur.

1 Toegang tot deskundig personeel

Domein

De zorg dient gelijkwaardig te zijn met de zorg buiten detentie. Omdat de vrije toegang en vrije keuze van zorgverlener in detentie niet te realiseren is, zullen afspraken gemaakt moeten worden om de toegang tot zorg en de deskundigheid van het personeel gelijkwaardig te laten zijn met de toegang buiten detentie.

Risico

Indien de toegang of deskundigheid van personeel tekortschiet kan onnodige discomfort of schade ontstaan voor de patiënt als gevolg van te late of onvoldoende deskundige zorg.

Norm

De beschikbaarheid van zorg is voldoende geformaliseerd en functioneert (contracten huisarts, tandarts, verpleegkundigen, apotheek).

De tijd die verstrijkt alvorens de hulpverlener beschikbaar kan zijn voor een consult of bij spoedgevallen voldoet aan de normen die daarvoor door de beroepsgroep zijn vastgesteld.

De verantwoordelijkheden van de verschillende medewerkers bij de toegang tot zorg en het leveren van zorg zijn voldoende beschreven (toegeleidingprotocollen).

De toegang tot zorg is helder voor de vreemdelingen.

De medewerkers volgen gerichte nascholing die voldoet aan de veldnormen van hun beroepsgroep en visie van DJI.

De medewerkers oefenen hun vak uit volgens de normen van hun beroepsgroep en de visie van DJI.

Oordeel

Bij het oordeel gaat het erom dat:

- Er aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg wordt voldaan.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er aan de voorwaarden is voldaan, een verhoogd risico op onverantwoorde zorg veroorzaken.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er niet aan de voorwaarden wordt voldaan, ervoor zorgen dat er geen verhoogd risico op onverantwoorde zorg geven.

Toegang tot somatische zorg door deskundig (huis)arts, tandarts en verloskundige

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> De afgesproken formatie van artsen is onvoldoende of er zijn vacatures (→hoog risico) <input type="checkbox"/> Er zijn onvoldoende afspraken over de waarneming van spreekuren en spoedgevallen bij afwezigheid van de arts(en) (→hoog risico) <input type="checkbox"/> Er zijn onvoldoende afspraken over de 7*24-uurs bereikbaarheid van de artsen (→hoog risico) <input type="checkbox"/> De 7*24-uurs bereikbaarheid van de arts wordt niet gerealiseerd of systematisch geëvalueerd (<u>contract</u>) <input type="checkbox"/> Er zijn geen kwaliteitseisen en bekwaamheidstoetsen in het contract met de artsen afgesproken <input type="checkbox"/> Niet alle artsen die voor de spreekuren of voor de avond-, nacht- en weekeinddiensten zijn ingehuurd zijn als huisarts geregistreerd <input type="checkbox"/> De niet-huisartsen hebben onvoldoende curatieve bekwaamheid blijkend uit ervaring en/of opleiding(→hoog risico) <input type="checkbox"/> Bij spoed kan niet altijd een arts binnen een half uur bij de inrichting zijn (→hoog risico) <input type="checkbox"/> De toegang tot de huisarts voor niet spoedeisende zaken is niet genormeerd (< 72 uur) en schriftelijk vastgelegd <input type="checkbox"/> Er zijn geen afspraken over nascholing voor de niet als huisarts geregistreerd arts <input type="checkbox"/> De artsen zijn niet allemaal ingeschreven voor de opleiding tot justitieel arts <input type="checkbox"/> De arts neemt niet deel aan structureel overleg over protocollen en werkwijze van de medische dienst <input type="checkbox"/> De detentietoezicht houder (of andere niet-zorgprofessional) veroorzaakt een drempel in de toegang tot medische zorg in de avond, nacht en het weekend (→hoog risico) <input type="checkbox"/> Er vinden geen functioneringsgesprekken plaats tussen het hoofd medische dienst en de artsen <input type="checkbox"/> Er is discrepantie over de interpretatie van het begrip noodzakelijke zorg tussen de arts en de lijnfunctionarissen <input type="checkbox"/> Het functioneren van de medische dienst wordt niet periodiek systematisch geëvalueerd <input type="checkbox"/> Er zijn geen afspraken over waarneming en/of over een spoedregeling met de tandarts <input type="checkbox"/> Er zijn onvoldoende afspraken voor verloskundige hulp <input type="checkbox"/> Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van de tolkentelefoon <input type="checkbox"/> Het spreekuur wordt belemmerd door beveiligingspersoneel of luchttijden <input type="checkbox"/> Er is onvoldoende privacy tijdens consulten <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte afspraken niet tot zijn recht komen
------------------------	---

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	- Drie vinkjes hoog risico; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	- Eén of twee vinkjes hoog risico of drie of meer andere vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	- Eén tot drie vinkjes; - Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	- Geen vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

Toegang tot deskundige verpleegkundigen

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> De afgesproken formatie van verpleegkundigen is onvoldoende of er zijn vacatures (→hoog risico) <input type="checkbox"/> De inrichting heeft een hoog (> 7%) ziekteverzuim van de medische dienst (→hoog risico) <input type="checkbox"/> Er zijn onvoldoende afspraken (bijvoorbeeld noodscenario bij uitval spreekuur) over de waarneming bij afwezigheid van de verpleegkundigen <input type="checkbox"/> Niet alle verpleegkundigen hebben de modules voor justitieel verpleegkundig afgerond <input type="checkbox"/> Er is geen deskundigheidsbevorderingbeleid <input type="checkbox"/> De inrichting heeft de protocollen toegeleiding niet uitgewerkt <input type="checkbox"/> Het protocol toegeleiding voldoet niet aan de eisen <input type="checkbox"/> De vreemdelingen krijgen niet binnen 48 uur een consult op de medische dienst (→hoog risico) <input type="checkbox"/> De vreemdelingen ervaren de toegeleiding niet als een volwaardig consult, maar als een drempel naar de arts (→hoog risico) <input type="checkbox"/> De verpleegkundige is niet als verpleegkundige herkenbaar voor de vreemdelingen <input type="checkbox"/> De vreemdelingen worden onvoldoende voorgelicht over de functie van de toegeleiding <input type="checkbox"/> Er is onvoldoende afstemming tussen arts en verpleegkundige om toegeleiding te bespreken <input type="checkbox"/> Niet alle intakes van de verpleegkundigen worden geautoriseerd door de arts <input type="checkbox"/> Er is onvoldoende overleg tussen arts en verpleegkundige om consulten te bespreken <input type="checkbox"/> Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van de tolkentelefoon <input type="checkbox"/> Het spreekuur wordt belemmerd door beveiligingspersoneel of luchttijden <input type="checkbox"/> Er is geen sprake van voldoende privacy tijdens consulten <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte afspraken niet tot zijn recht komen

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	- Twee of meer vinkjes hoog risico; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	- Eén vinkje hoog risico; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	- Eén of meer vinkjes; - Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	- Geen vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

Toegang tot psychologische en psychiatrische zorg

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> De afgesproken formatie van psychologen is onvoldoende of er zijn vacatures (→hoog risico) <input type="checkbox"/> Er is onvoldoende beleid om vreemdelingen door te sturen voor psychologische of psychiatrische zorg na de intake of het beleid is niet duidelijk voor de medewerkers (→hoog risico) (<u>protocol</u>) <input type="checkbox"/> Er is niet elke week een PMO <input type="checkbox"/> De wachttijd voor de psychologische zorg is langer dan 10 werkdagen <input type="checkbox"/> De psycholoog heeft geen schriftelijk vastgelegde werkopdracht en concreet bij het functioneringsgesprek te evalueren doelen (<u>werkopdracht</u>) <input type="checkbox"/> De psycholoog maakt te weinig gebruik van de tolktelefoon <input type="checkbox"/> De wachttijd voor psychiatrische zorg is langer dan 5 werkdagen <input type="checkbox"/> De 7*24uurs bereikbaarheid van de psychiater is niet geformaliseerd <input type="checkbox"/> Een spoedconsult van een psychiater is niet binnen 24 uur mogelijk <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte afspraken niet tot zijn recht komen

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	- Drie of meer vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	- Eén hoog risico; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	- Eén of twee vinkjes; - Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	- Geen vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

Toegang tot tweedelijnszorg

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> Verwijzingen van de arts naar de tweede lijn leiden niet altijd tot een consult als gevolg van belemmering door het hoofd medische dienst of de directeur van het detentiecentrum (→hoog risico); <input type="checkbox"/> Spoedverwijzing naar tweede lijn verloopt met ontoelaatbare vertraging vanwege uitsluitregels (<u>norm</u>) (→hoog risico); <input type="checkbox"/> Afspraken in de tweede lijn gaan niet door als gevolg van gebrek aan vervoer of beveiliging (→hoog risico); <input type="checkbox"/> Verwijzing naar de tweede lijn geschiedt niet middels een brief met minimaal vraagstelling en actuele probleemlijst en medicatiehistorie. <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte afspraken niet tot zijn recht komen

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	- Drie vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	- Eén of twee vinkjes hoog risico; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	- Een of twee vinkjes zonder hoog risico; - Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	- Geen vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

2. Isoleercelbeleid

Domein

De isoleercel wordt gebruikt als afzonderingscel op grond van orde en veiligheid of ter observatie om een vreemdeling tegen een gevaar voor zichzelf en zijn omgeving te beschermen (psychische of psychiatrische gronden).

Risico

Een risico is dat het gedrag van een vreemdeling in een isoleercel beoordeeld wordt als lastig, maar dat onderliggend somatisch of psychiatrisch lijden miskend wordt. Bij onvoldoende kennis en scholing van detentietoezichthouders over herkennen psychiatrisch gedrag kan de medische dienst niet of te laat in consult worden geroepen. Daarnaast is het niet opvolgen van een psychiatrisch of medisch advies door de lijnverantwoordelijke een hoog risico.

Norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering.

Dit houdt in dat er sprake is van:

- Een uitgewerkt protocol insluiten in de isoleer dat bij alle betrokkenen bekend is.
- Tijdige herkenning van somatisch of psychisch lijden en gezondheidsrisico's.
- dagelijkse (ook in het weekend) medische beoordeling van een vreemdeling in de isoleercel door een arts of verpleegkundige.
- Beoordeling door arts en zo nodig psychiater op indicatie van de verpleegkundige
- Overnemen van het medisch advies door de lijn.

Oordeel

Bij het oordeel gaat het erom of:

- Er aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg wordt voldaan.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er aan de voorwaarden is voldaan, een verhoogd risico op onverantwoorde zorg veroorzaken.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er niet aan de voorwaarden wordt voldaan, ervoor zorgen dat er geen verhoogd risico op onverantwoorde zorg geven.

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> Er is geen schriftelijk vastgelegd beleid insluiting isoleercel (isoleerbeleid inzien) (→hoog risico) <input type="checkbox"/> Het protocol insluiting isoleer voldoet niet aan de eisen (→hoog risico) <input type="checkbox"/> Het protocol blijkt niet bekend of wordt niet uitgevoerd (→hoog risico) <input type="checkbox"/> De lijnfunctionaris neemt de adviezen van psychiater en/of arts niet over(→hoog risico) <input type="checkbox"/> De vreemdeling in de isoleercel wordt niet binnen 24 uur bezocht door een verpleegkundige of arts (→hoog risico) <input type="checkbox"/> De psychiatrische patiënt die ter observatie in de isoleercel is geplaatst wordt niet binnen 6 uur en verder dagelijks bezocht (→hoog risico) <input type="checkbox"/> Cameratoezicht is niet mogelijk <input type="checkbox"/> De psychiater is niet laagdrempelig te consulteren op verzoek van de vreemdeling die in de isoleercel verblijft <input type="checkbox"/> Er vindt geen scholing en/of toetsing van de kennis en vaardigheden van detentietoezichthouders plaats; <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte afspraken niet tot zijn recht komen
------------------------	---

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	<ul style="list-style-type: none">- Vier of meer vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	<ul style="list-style-type: none">- Eén tot drie vinkjes hoog risico;- Het protocol voldoet niet aan de eisen;- Twee andere vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	<ul style="list-style-type: none">- Eén vinkje;- Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	<ul style="list-style-type: none">- Geen vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

3. Farmaceutische zorg en geneesmiddelendistributie

Domein

Het domein farmacotherapie is het volledige proces van het voorschrijven van medicatie met een door de arts geautoriseerd recept, het leveren van de medicatie door de apotheek, het opslaan of retour brengen van geleverde geneesmiddelen en het delen van de geneesmiddelen in het detentiecentrum.

Risico's

Risico in de farmacotherapie is dat er contra-indicaties gemist worden, dubbele medicatie wordt voorgeschreven, medicatie in verkeerde handen kan komen door distributiefouten, medicatie niet op tijd ingenomen kan worden of verslaving ontstaat. Medicatiefouten kunnen leiden tot schade of zelfs overlijden van de patiënt.

Norm

7x 24 uur farmaceutische voorziening;

Voorraad niet op naam medicatie is groter dan de DJI lijst noodvoorraad zonder bijhorende argumentatie;

Er moet gebruik gemaakt worden van een elektronisch voorschrijfsysteem en een formularium;

Prescriptie moet gekoppeld zijn aan een adequate probleemlijst;

Prescriptie door middel van door artsen getekende recepten;

Opslag en controle noodvoorraad moet geformaliseerd zijn;

Afleveren met baxtersysteem;

Geprotocolleerde veilige procedures.

Oordeel

Bij het oordeel gaat het erom of:

- Er aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg wordt voldaan.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er aan de voorwaarden is voldaan, een verhoogd risico op onverantwoorde zorg veroorzaken.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er niet aan de voorwaarden wordt voldaan, ervoor zorgen dat er geen verhoogd risico op onverantwoorde zorg geven.

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> Er zijn onvoldoende afspraken over de 7x 24-uurs bereikbaarheid van de apotheek (contract) <input type="checkbox"/> Er is geen baxtersysteem <input type="checkbox"/> Geboortedata staan niet op het baxterzakje <input type="checkbox"/> Er is geen distributieprotocol <input type="checkbox"/> Het distributieprotocol voldoet niet aan de eisen <input type="checkbox"/> Het distributieprotocol wordt niet gevolgd <input type="checkbox"/> Nieuw voorgeschreven medicatie wordt niet geleverd met een bijsluiter, zo nodig in een andere taal dan de Nederlandse <input type="checkbox"/> Niet alle recepten worden in micro-HIS aangemaakt, maar op handmatig opgestelde aanvraaglijsten naar apotheek gefaxt <input type="checkbox"/> Medicatielijsten zijn niet volledig of actueel voor alle vreemdelingen <input type="checkbox"/> Probleemlijsten worden onvoldoende ingevuld en bijgehouden <input type="checkbox"/> Aangevraagde medicatie wordt niet altijd binnen 24 uur door een arts geautoriseerd (→hoog risico); <input type="checkbox"/> Er wordt noodvoorraad gehanteerd die niet voldoet aan de norm van DJI <input type="checkbox"/> De weekendmedicatie wordt uit voorraad getrokken en niet bij de apotheek besteld <input type="checkbox"/> Er is onvoldoende beleid voor het leveren en toedienen van spoedmedicatie in het weekend <input type="checkbox"/> De verantwoordelijkheid voor de geneesmiddelen is onvoldoende belegd of onvoldoende helder voor alle medewerkers <input type="checkbox"/> Er wordt geen lijst waarop bijgehouden wordt welke medicatie in en uit de noodvoorraad wordt gehaald <input type="checkbox"/> Opiaten liggen niet achter slot of er is geen registratie van het gebruik van de middelen van de voorraad <input type="checkbox"/> Er is medicatie aangetroffen die over de datum was (voorraad, ampullen in noedkoffer en verdoovingsmiddelen tandarts) <input type="checkbox"/> Er is geen retour beleid <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte afspraken niet tot zijn recht komen
------------------------	---

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	- Meer dan vier vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	- Het protocol voldoet niet aan de eisen; - Twee of drie vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	- Een of twee vinkjes; - Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	- Geen vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

4. Continuïteit voor en na detentie

Domein

Een onderdeel van het professioneel handelen is te zorgen voor continuïteit van zorg door middel van een (schriftelijke) overdracht indien iemand binnenkomt of detentie verlaat.

Risico

Het medisch dossier wordt niet overgedragen waardoor een volgend hulpverlener onvoldoende verantwoord kan werken, diagnostiek over moet doen en continuïteit van zorg niet gewaarborgd is.

Norm

Medische geschiedenis moet op verantwoorde wijze worden opgevraagd bij inkomst en overgedragen aan een volgend zorgverlener bij ontslag uit detentie of overplaatsing. Een vreemdeling heeft te allen tijde recht op een kopie van zijn dossier.

Oordeel

Bij het oordeel gaat het erom of:

- Er aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg wordt voldaan.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er aan de voorwaarden is voldaan, een verhoogd risico op onverantwoorde zorg veroorzaken.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er niet aan de voorwaarden wordt voldaan, ervoor zorgen dat er geen verhoogd risico op onverantwoorde zorg geven.

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> Er is geen protocol, of het wordt niet actief nageleefd, om bij insluiting schriftelijke bevestiging van de bestaande medicatie te vragen bij een eerdere voorschrijver <input type="checkbox"/> Er is geen protocol voor schriftelijke overdracht van gegevens voor vreemdelingen met zorgbehoeften die met ontslag gaan <input type="checkbox"/> Vreemdelingen met een relevant zorgdossier worden in vrijheid gesteld zonder dat medische dienst het weet <input type="checkbox"/> Vreemdelingen met een zorgbehoefte worden zonder voorzieningen of zorgverzekering, zonder bekende woon- of verblijfplaats ontslagen <input type="checkbox"/> Vreemdelingen en die met ontslag gaan krijgen geen geneesmiddelen paspoort mee. <input type="checkbox"/> Er is geen beleid om vreemdelingen die niet zonder medische zorg kunnen voor ontslag te behoeden. <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte afspraken niet tot zijn recht komen
------------------------	--

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	- Vier of meer vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	- Het protocol voldoet niet aan de eisen; - Drie vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	- Een of twee vinkjes; - Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	- Geen vinkjes; - Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

5. MIP, klachten en calamiteiten

Domeinbeschrijving

Een cultuur van transparantie en willen leren van klachten en incidenten of fouten is een belangrijke basis voor kwaliteitsbeleid. Door evaluatie van klachten en incidenten kunnen maatregelen genomen worden om herhaling van incidenten te voorkomen en de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Risico

Herhaling van eerdere klachten of incidenten doordat deze niet geëvalueerd zijn of er geen verbetermaatregelen zijn genomen.

Norm

- Het is professioneel om klachten en incidenten te evalueren en verbetermaatregelen te nemen.
- De registratie van klachten en incidenten en de genomen maatregelen horen in het jaarverslag te worden beschreven.
- Medicatiefouten horen systematisch te worden verzameld en teruggekoppeld te worden naar de apotheek.
- De klachtenprocedure dient helder te zijn voor de vreemdelingen.
- Calamiteiten dienen volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen gemeld te worden bij de inspectie.

Oordeel

Bij het oordeel gaat het erom of:

- Er aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg wordt voldaan.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er aan de voorwaarden is voldaan, een verhoogd risico op onverantwoorde zorg veroorzaken.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er niet aan de voorwaarden wordt voldaan, ervoor zorgen dat er geen verhoogd risico op onverantwoorde zorg geven.

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> De vreemdelingen weten niet hoe ze een klacht over de medische dienst moeten indienen. <input type="checkbox"/> De klachtenregeling is niet beschikbaar op papier en in minimaal drie talen. <input type="checkbox"/> Klachten worden niet geregistreerd en geëvalueerd. <input type="checkbox"/> Er is geen laagdrempelig systeem om medicatiefouten te melden en te analyseren om tot verlaging van de kans op medicatiefouten te komen (VIM). <input type="checkbox"/> Er is geen MIP-commissie. <input type="checkbox"/> Er is geen blame-free cultuur waarin fouten worden geanalyseerd <input type="checkbox"/> Er is geen calamiteitenprocedure voor medische calamiteiten <input type="checkbox"/> Calamiteiten die hebben plaatsgevonden zijn niet gemeld bij de IGZ <input type="checkbox"/> Er wordt geen jaarverslag gemaakt door de medische dienst <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte afspraken niet tot zijn recht komen
------------------------	--

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	<ul style="list-style-type: none">- Vier of meer vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	<ul style="list-style-type: none">- Het protocol voldoet niet aan de eisen;- Twee of drie vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	<ul style="list-style-type: none">- Een vinkje;- Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	<ul style="list-style-type: none">- Geen vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

6. Leefklimaat, hygiëne en cultuur

Domein

Vreemdelingen zitten vaak zonder strafblad in een detentiecentrum en hebben te kampen met een uitzichtloos bestaan waar zij zich uiterst machteloos en kwetsbaar in kunnen voelen. De detentieomgeving wordt daarbij ook vaak als ziekmakend ervaren. Een cultuur waarin gestreefd wordt naar een goed leefklimaat en waarin een respectvolle en professionele houding van zorgmedewerkers voorop staat, is noodzakelijk om decompenseren zoveel mogelijk te voorkomen.

Risico

- Klimaat en hygiënische omstandigheden zijn sterkere ziekmakende factoren dan voor detentie noodzakelijk zijn.
- Het beveiligingsklimaat belemmert verantwoorde zorgverlening.
- Een onprofessionele houding van de zorgprofessional kan bijdragen aan het decompenseren van een vreemdeling.

Norm

- Leefklimaat is afgestemd op de noodzakelijke beveiliging en beïnvloed niet onnodig het welzijn van de vreemdeling.
- De beoordeling van noodzakelijke zorg wordt door lijnverantwoordelijken aan de arts overgelaten.
- De zorg kan ondanks de beveiligingsmaatregelen verantwoord worden geleverd.
- Professionele empathische benadering equivalent aan de houding van professionals buiten detentie.

Oordeel

Bij het oordeel gaat het erom of:

- Er aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg wordt voldaan.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er aan de voorwaarden is voldaan, een verhoogd risico op onverantwoorde zorg veroorzaken.
- Er omstandigheden zijn die, ondanks dat er niet aan de voorwaarden wordt voldaan, ervoor zorgen dat er geen verhoogd risico op onverantwoorde zorg geven.

Risico aspecten	<input type="checkbox"/> Onvoldoende hygiënische omstandigheden <input type="checkbox"/> Factoren in leefklimaat (bewegingsruimte, bouwkundige omstandigheden) die onnodig het (gevoel van) welzijn beïnvloeden, dan wel ziekmakend zijn. <input type="checkbox"/> Overrulen van adviezen van zorgverleners door lijnverantwoordelijken <input type="checkbox"/> Verambtelijking van het hulpverlenerschap <input type="checkbox"/> Het beveiligingsklimaat belemmert verantwoorde zorgverlening <input type="checkbox"/> Onvoldoende helder onderscheid in gedrag en uiterlijk van zorgverleners versus andere medewerkers <input type="checkbox"/> Zorgverleners stellen zich niet professioneel op naar de doelgroep <input type="checkbox"/> Omstandigheden waardoor gemaakte zorgafspraken niet tot hun recht komen
------------------------	---

<input type="checkbox"/> Zeer hoog risico	<ul style="list-style-type: none">- Vijf vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van zeer hoog risico.
<input type="checkbox"/> Hoog risico	<ul style="list-style-type: none">- Vier vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er sprake is van hoog risico.
<input type="checkbox"/> Gering risico	<ul style="list-style-type: none">- Eén tot drie vinkjes;- Er zijn andere argumenten zijn waardoor er sprake is van gering risico.
<input type="checkbox"/> Geen risico	<ul style="list-style-type: none">- Geen vinkjes;- Er zijn andere argumenten waardoor er geen risico is.

Toelichting:

BIJLAGE 2 Lijst van bezochte centra

- Detentie Centrum Zaandam
- Uitzet Centrum Schiphol
- Detentie Centrum Zeist
- Uitzet Centrum Rotterdam Airport
- Detentie Centrum Kalmar te Dordrecht
- Detentie Centrum Alphen aan de Rijn

BIJLAGE 3 Lijst van afkortingen

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