



Inspectie Justitie en Veiligheid
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Incidentonderzoeken onder de loep

Analyse incidentonderzoeken binnen de sanctietoepassing door de
Inspectie Justitie en Veiligheid – verslag over de periode 2012-
2024

Rapport

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doelstellingen	7
1.3 Onderzoeksvragen.....	8
1.4 Afbakening	8
1.5 Leeswijzer	8
2. Methoden	10
2.1 Criteria	10
2.2 Selectie.....	11
2.3 Analyse.....	11
3. Beschrijving van incidentonderzoeken	13
3.1 Incidenten onderzocht door de Inspectie JenV.....	13
3.2 Betrokken uitvoeringsorganisaties	14
3.3 Redenen voor inspectieonderzoek.....	15
3.4 Uitvoering inspectieonderzoek.....	15
4. Algemene thema's en knelpunten	17
4.1 Algemeen	17
4.2 Terugkerende thema's & knelpunten	18
4.3 Overige knelpunten	24
5. Thema's en knelpunten per cluster van incidenten.....	27
5.1 Cluster: Dodelijk incident door justitiabele.....	27
5.2 Cluster: (Dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting	28
5.3 Cluster: (Vermeende) misstanden in gesloten setting	30
5.4 Cluster: Overlijden van justitiabele	30
5.5 Cluster: Ontvluchting van justitiabele(n)	32
5.6 Cluster: Overig	33
6. Algemene beschouwing.....	34
6.1 Vooraf.....	34
6.2 Conclusie	35
6.3 Leren van incidenten	35
Bijlage 1: Overzicht van gepubliceerde brieven en rapporten	38

Voorwoord

Incidenten binnen het domein van de sanctietoepassing hebben vaak een grote impact. In de afgelopen 12 jaar heeft de Inspectie Justitie en Veiligheid (Inspectie JenV) ruim 20 onderzoeken uitgevoerd naar aanleiding van incidenten binnen de forensische zorg, het gevangeniswezen, de justitiële jeugdinrichtingen en/of de reclassering. Deze incidentonderzoeken geven voor organisaties en het stelsel inzicht in bestaande knelpunten en een onderzoek kan antwoorden geven wanneer de samenleving is geschokt. De centrale vraag in deze incidentonderzoeken is: hoe hebben organisaties gehandeld in aanloop naar, tijdens of na afloop van het incident? Om deze vraag te beantwoorden deed de Inspectie JenV vaak dossierstudie en sprak zij met medewerkers van uitvoeringsorganisaties.

Met dit rapport presenteert de Inspectie JenV een analyse van eerder uitgevoerde incidentonderzoeken binnen het domein van de sanctietoepassing. Tot op heden ontbrak een systematisch overzicht, terwijl het juist van belang is om onderliggende en terugkerende knelpunten te herkennen met als doel te leren van incidenten. Bovendien heeft de Inspectie JenV in het Meerjarenperspectief 2025-2028¹ aangekondigd zich meer te willen positioneren als reflectieve toezichthouder, die terugkerende knelpunten in de uitvoering signaleert. Met dit rapport zet de Inspectie JenV een stap om deze knelpunten in kaart te brengen binnen het domein van de sanctietoepassing.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er drie terugkerende thema's zijn waarbinnen de Inspectie JenV verschillende knelpunten constateert. De Inspectie JenV heeft daarnaast de onderzochte incidenten geclusterd in zes categorieën. Dit maakte het mogelijk om de overeenkomsten en verschillen in geconstateerde knelpunten tussen de clusters te vergelijken.

Doordat de Inspectie JenV haar eigen incidentonderzoeken heeft geanalyseerd, kan de vraag rijzen in hoeverre zij kritisch durft te zijn op haar eigen onderzoeken. In dit rapport beschrijft de Inspectie JenV niet alleen bevindingen voor de uitvoeringsorganisaties in de sanctietoepassing, maar verliest zij de eigen 'lessons learned' niet uit het oog. Zo blijkt bijvoorbeeld dat niet in alle gevallen duidelijk is waarom de Inspectie JenV een incidentonderzoek uitvoert. Het is van belang dat de Inspectie JenV haar keuzes onderbouwt en daarmee verantwoordt.

Met dit rapport hoopt de Inspectie JenV een bijdrage te leveren aan het herkennen van patronen van knelpunten die een rol hebben gespeeld bij incidenten. Daarnaast hoopt zij hiermee bij te dragen aan het leren van uitvoeringsorganisaties in de sanctietoepassing en aan haar eigen leren.

E.G.M. Huijzer

Waarnemend inspecteur-generaal Inspectie Justitie en Veiligheid

¹ [Meerjarenperspectief 2025 - 2028 Inspectie JenV | Inspectie Justitie en Veiligheid](#)

Samenvatting

De Inspectie Justitie en Veiligheid (Inspectie JenV) analyseert in dit rapport al haar eerdere incidentonderzoeken binnen het domein van de sanctietoepassing. Tot dusver ontbreekt er een systematisch overzicht van alle, door de Inspectie JenV uitgevoerde incidentonderzoeken binnen de sanctietoepassing. Een dergelijke analyse helpt om patronen van knelpunten te herkennen en daarmee organisaties te laten leren van incidenten. Knelpunten verwijzen naar tekortkomingen of onvolkomenheden in de manier waarop organisaties hebben gehandeld.

Vooraf benadrukt de Inspectie JenV dat er aanzienlijk meer incidenten plaatsvinden binnen de sanctietoepassing dan de Inspectie JenV onderzoekt of kan onderzoeken. Met andere woorden, de incidenten die de Inspectie JenV onderzoekt, zijn een beperkte selectie van *alle* incidenten die in de forensische zorg, het gevangeniswezen, de justitiële jeugdinrichtingen en/of bij de reclassering hebben plaatsgevonden. Daarnaast is het aannemelijk dat de onderzochte incidenten gemiddeld genomen een grotere maatschappelijke impact hebben (gehad) in vergelijking met niet-onderzochte incidenten. De Inspectie JenV voert namelijk zelf onderzoek(en) uit bij incidenten waarbij bijvoorbeeld de ernst en de impact dusdanig groot zijn dat het maatschappelijk wenselijk is dat de Inspectie JenV het onderzoek naar het incident zelf oppakt.

In dit rapport staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Welke lessen zijn er te trekken uit de incidentonderzoeken van de Inspectie JenV in de periode 2012 tot en met 2024 ten aanzien van het handelen van uitvoeringsorganisaties binnen de sanctietoepassing en de geconstateerde knelpunten?

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er 22 rapporten en 3 brieven geanalyseerd naar aanleiding van incidentonderzoeken door de Inspectie JenV.

Bevindingen

Clustering & uitvoering van incidentonderzoeken

De Inspectie JenV heeft eerst soortgelijke of bepaalde type incidenten samengebracht in een zestal clusters, namelijk:

- dodelijk incident door justitiabele;
- (dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting;
- (vermeende) misstanden in gesloten setting;
- overlijden van justitiabele;
- ontvluchting van justitiabele(n);
- overig.

Vervolgens heeft de Inspectie JenV gekeken naar mogelijke patronen in de besluitvorming van de Inspectie JenV om al dan niet een incidentonderzoek uit te voeren. De Inspectie JenV constateert dat er geen duidelijke patronen in de besluitvorming zijn te onderscheiden. In veel gevallen ligt er enkel een eigen besluit van de Inspectie JenV ten grondslag aan een onderzoek; in een kleiner aantal gevallen lag er een verzoek van een bewindspersoon, waarna de Inspectie JenV besloot een onderzoek in te stellen. Er zijn geen duidelijke verschillen in de besluitvorming in aanloop naar een incidentonderzoek tussen de bovengenoemde zes clusters. Een uitzondering hierop is het cluster overlijden van een justitiabele: in deze casussen lag er vaak een verzoek vanuit een bewindspersoon, waarna de Inspectie JenV een onderzoek instelde.

Ook ten aanzien van de samenwerking met andere toezichthouders ziet de Inspectie JenV een divers beeld. In ongeveer de helft van de onderzoeken heeft de Inspectie JenV samengewerkt met andere toezichthouders, hoofdzakelijk de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Bij onderzoeken in de clusters overlijden van justitiabele en dodelijk incident door justitiabele werd er het meest samengewerkt met een (of meerdere) toezichthouder(s).

Kijkend naar de doorlooptijden van de incidentonderzoeken constateert de Inspectie JenV dat zij in de meerderheid van de onderzoeken (56%) binnen twaalf maanden na het incident – of de ontvangst van signalen of berichtgeving over (vermeende) misstanden – een brief of rapport publiceert. De doorlooptijd van een incidentonderzoek verschilt tussen de zes clusters. De Inspectie JenV merkt op dat de doorlooptijden langer zijn als er meer organisaties betrokken zijn, er wordt samengewerkt met andere toezichthouders en/of het onderzochte tijdpad in aanloop naar een incident omvangrijker is.

Geconstateerde knelpunten

De Inspectie JenV ziet drie terugkerende knelpunten in de incidentonderzoeken. Ten eerste constateert de Inspectie JenV knelpunten in de informatiedeling, de onderlinge bevoegdheden en verantwoordelijkheden en de regievoering in een casus. Dit geldt zowel voor de samenwerking binnen één organisatie als tussen organisaties. Ten tweede ziet de Inspectie JenV in de meerderheid van de onderzoeken dat medewerkers soms onvoldoende in staat blijken om signalen en/of risico's tijdig te onderkennen, terwijl in andere casussen de geconstateerde signalen en/of risico's niet leiden tot adequate interventies door organisaties. Ten derde ziet de Inspectie JenV menselijk handelen als terugkerend knelpunt. Onder menselijk handelen verstaat de Inspectie JenV een gebrek aan (ervaren) deskundigheid, onvoldoende dossiervorming, afwijken van criteria en/of procedures en handelingsverlegenheid richting de justitiabele.

Naast de drie terugkerende knelpunten constateert de Inspectie JenV dat bepaalde knelpunten samenhangen met de zes clusters van incidenten. De informatiedeling tussen organisaties is bijvoorbeeld een prominent knelpunt in het cluster dodelijk incident door justitiabele, terwijl knelpunten ten aanzien van de fysieke veiligheid, zoals gebouwelijke factoren of het uitvoeren van controles, kenmerkend zijn voor het cluster (dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting.

Ook merkt de Inspectie JenV op dat er in sommige casussen sprake is van een versterkend effect van sommige knelpunten. Met andere woorden, knelpunten hebben soms een versterkend nadelig effect in een casus. Een voorbeeld hiervan is een casus waar informatie niet (tijdig) wordt gedeeld door organisatie A met organisatie B. Hierdoor kwam een justitiabele niet in beeld (of verdween de justitiabele uit beeld) bij organisatie B en konden signalen en/of risico's niet worden opgemerkt. Ook kon organisatie B de justitiabele daardoor niet verwijzen naar een passende plek of passende begeleiding inschakelen en had geen enkele organisatie meer regie over de casus.

Conclusie

De Inspectie JenV concludeert dat terugkerende thema's en knelpunten in de voor dit onderzoek meegenomen brieven en rapporten voornamelijk zien op de (keten-)samenwerking, het risicomanagement en het menselijk handelen. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat bepaalde knelpunten samenhangen met clusters van incidenten, zoals dodelijke incidenten door een justitiabele of het overlijden van justitiabelen. Tot slot toont dit onderzoek aan dat de knelpunten een cumulatief of versterkend effect kunnen hebben op het risico op incidenten.

De Inspectie JenV ziet dat de organisaties binnen de sanctietoepassing veelal onvoldoende beeld van een justitiabele hadden. Dit heeft te maken met het onvoldoende delen van informatie, het onvoldoende opmerken van signalen en/of risico's en het onvoldoende adequaat handelen van medewerkers.

Om het risico op incidenten te verkleinen is het van belang dat organisaties een volledig beeld hebben – en houden – van justitiabelen om passende interventies of vervolgacties in te zetten.

1. Inleiding

De Inspectie Justitie en Veiligheid (Inspectie JenV) houdt toezicht op uitvoeringsorganisaties op het terrein van justitie en veiligheid. Bij de uitvoering van straffen en maatregelen spelen verschillende organisaties een rol, zoals het gevangeniswezen, de forensische zorg, de justitiële jeuginrichtingen en de reclassering. De inspectie houdt toezicht op dit deel van de strafrechtketen, kortweg: de sanctietoepassing.

Het onderzoeken van incidenten binnen de sanctietoepassing is één van de taken van de Inspectie JenV. Voorbeelden van incidenten waar de Inspectie JenV onderzoek naar kan doen zijn een dodelijke steekpartij door een justitiabele, een ontvluchting uit een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) of ernstige agressie binnen een penitentiare inrichting (PI). Bij burgers, de politiek en uitvoeringsorganisaties is er vaak ruime belangstelling voor dit soort incidentonderzoeken.

Een incidentonderzoek door de Inspectie JenV kan om twee redenen worden gestart. De Inspectie JenV kan een eigenstandig besluit nemen om een onderzoek uit te voeren naar incidenten waarbij bijvoorbeeld de ernst en de impact dusdanig groot zijn dat het maatschappelijk wenselijk is dat de Inspectie JenV het onderzoek naar het incident zelf oppakt. Daarnaast kan een onderzoek plaatsvinden op basis van een verzoek² van één of meerdere bewindspersonen. De Inspectie JenV besluit dan, op basis van dit verzoek, om het onderzoek al dan niet uit te voeren.

Sinds de oprichting van de Inspectie JenV in 2012³ heeft zij verschillende incidentonderzoeken uitgevoerd. Een incidentonderzoek beschrijft vaak het tijdspad in aanloop naar en/of tijdens het incident. Ook biedt een inspectieonderzoek een weergave van thema's en geconstateerde knelpunten voorafgaand aan – en, indien van toepassing, tijdens en na afloop van – het incident. Een thema is in dit rapport gedefinieerd als een omstandigheid of factor die terugkomt, maar niet noodzakelijkerwijs een negatieve of beperkende invloed heeft gehad op het door de Inspectie JenV onderzochte incident. Een knelpunt verwijst in deze naar een tekortkoming of onvolkomenheid in de manier waarop organisaties hun taken hebben uitgevoerd of naar een situatie waarin organisaties niet hebben *kunnen* handelen volgens geldende werkinstructies. In dit rapport brengt de Inspectie JenV verschillende knelpunten onder in thema's.

² De minister kan de Inspectie JenV verzoeken om een concreet onderzoek te verrichten dat niet is opgenomen in het werkprogramma. In een uiterst geval kan de minister een aanwijzing geven, zoals is vastgelegd in de Regeling vaststelling Aanwijzingen inzake de rijksinspecties.

³ De Inspectie Justitie en Veiligheid is in 2012 ontstaan uit een samenvoeging van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en de Inspectie voor de Sanctietoepassing.

1.1 Aanleiding

Tot op heden ontbreekt er een systematisch in kaart gebracht overzicht van alle, door de Inspectie JenV uitgevoerde, incidentonderzoeken binnen de sanctietoepassing. Het is hierbij van belang om op te merken dat er veel meer incidenten plaatsvinden dan de Inspectie JenV onderzoekt of kan onderzoeken. Enerzijds komt dit doordat het uitgangspunt van de Inspectie JenV is dat incidenten primair worden onderzocht door de organisatie waar het incident zich heeft voorgedaan. Daarmee ligt de verantwoordelijkheid om van incidenten te leren – en het realiseren van verbeteringen – bij de organisatie(s) zelf. Anderzijds kan de Inspectie JenV niet elk incident zelf onderzoeken gelet op haar capaciteit en middelen.

De Inspectie JenV vindt het wenselijk om een verdiepend inzicht te verkrijgen in de achtergronden en de knelpunten die herhaaldelijk voorkomen voorafgaand, tijdens of na – bepaalde type – incidenten. Er zijn ten minste drie redenen waarom een analyse van incidentonderzoeken belangrijk is.

Ten eerste helpt een analyse om patronen van knelpunten te identificeren en daarmee organisaties te laten leren van incidenten. Het in kaart brengen van welke knelpunten een rol spelen voorafgaand aan of tijdens incidenten kan een waardevolle bijdrage leveren om het risico op herhaling van soortgelijke incidenten te verminderen. Ook kunnen de bevindingen van de analyse inzichten bieden bij het ontwikkelen van nieuwe (veiligheids-)protocollen of beleidsmaatregelen.

Ten tweede levert een analyse bruikbare informatie op voor de Inspectie JenV zelf. Door de incidentonderzoeken binnen de sanctietoepassing te analyseren, kan de Inspectie JenV in toekomstige incidentonderzoeken onderbouwde keuzes maken over de start, de reikwijdte en de uitvoering van deze onderzoeken. Ook levert een analyse relevante informatie op voor het toezicht op uitvoeringsorganisaties binnen de sanctietoepassing. Deze informatie helpt de Inspectie JenV om te beoordelen waar (mogelijke) risico's zich voordoen en waar zij zich in haar toezicht op richt.

Ten derde kan de uitvoering van een analyse de positie van de Inspectie JenV als reflectieve toezichthouder ondersteunen. Met een analyse signaleert de Inspectie JenV (terugkerende) knelpunten in de uitvoering van straffen en maatregelen. De Inspectie JenV onderneemt hiermee stappen om de afzonderlijke incidentonderzoeken te overstijgen en daarvan te leren.

1.2 Doelstellingen

De Inspectie JenV beoogt twee doelen te bereiken met deze analyse. Het eerste doel is om een overzicht te creëren van alle incidentonderzoeken die door de Inspectie JenV zijn uitgevoerd binnen het domein van de sanctietoepassing. Dit geeft informatie over de achtergrond van incidenten, bijvoorbeeld welk type incidenten is onderzocht en welke uitvoeringsorganisaties betrokken waren. Het

tweede doel is om terugkerende thema's en knelpunten te identificeren die voortvloeien uit de incidentonderzoeken.⁴

1.3 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Welke lessen zijn er te trekken uit de incidentonderzoeken van de Inspectie JenV in de periode 2012 tot en met 2024 ten aanzien van het handelen van uitvoeringsorganisaties binnen de sanctietoepassing en de geconstateerde knelpunten?

De onderzoeksvraag valt uiteen in vijf deelvragen:

1. Wat was de aanleiding voor de incidentonderzoeken binnen de sanctietoepassing?
2. Hoe werden de incidentonderzoeken uitgevoerd door de Inspectie JenV?
3. Welke thema's en knelpunten vloeien voort uit de incidentonderzoeken?
4. Waar kunnen uitvoeringsorganisaties in de strafrechtketen – indien van toepassing – zich op richten om de kans op incidenten te verkleinen?
5. Wat kan de Inspectie JenV doen met de geïdentificeerde knelpunten in toekomstige incidentonderzoeken en het toezicht op de sanctietoepassing?

1.4 Afbakening

De Inspectie JenV richt zich in dit onderzoek op haar eigen incidentonderzoeken in de periode 2012 tot en met 2024⁵ binnen het domein van de sanctietoepassing. Dit domein bestaat uit het gevangeniswezen, de forensische zorg, de justitiële jeugdinrichtingen en de reclassering.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat een beschrijving van de in dit onderzoek gehanteerde methoden. Vervolgens beschrijft de Inspectie JenV in hoofdstuk 3 de achtergrond van de uitgevoerde incidentonderzoeken, waaronder de aanleiding en de uitvoering

⁴ De Inspectie JenV beoogt niet om een overzicht van verklaringen of oorzaken van onderzochte incidenten te presenteren. De Inspectie JenV heeft herhaaldelijk in rapporten naar aanleiding van incidentonderzoeken gesteld dat het niet vaststaat dat een andere handelswijze van betrokken organisaties incidenten hadden (kunnen) voorkomen.

⁵ Het jaar 2012 is als startpunt gekozen vanwege de oprichting van de Inspectie JenV. In de periode voor 2012 heeft de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) incidentonderzoeken uitgevoerd binnen het domein van de sanctietoepassing. De werkwijze van de ISt was primair gericht op periodieke doorlichtingen van organisaties binnen de sanctietoepassing. Daarnaast voerde de ISt incidentonderzoek en thematische onderzoeken uit.

van deze onderzoeken. In hoofdstuk 4 worden de terugkerende knelpunten weergegeven die voortvloeien uit de verschillende incidentonderzoeken. In hoofdstuk 5 schetst de Inspectie JenV welke knelpunten samenhangen met de verschillende clusters van type incidenten. Tot slot volgt een algemene beschouwing in hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk plaatst de Inspectie JenV de geconstateerde knelpunten in een breder perspectief en schenkt daarbij aandacht aan de wijze waarop uitvoeringsorganisaties én de Inspectie JenV kunnen leren van incidentonderzoeken.

De Inspectie JenV schrijft in dit rapport over justitiabelen, waarmee de Inspectie JenV doelt op alle personen die met justitie in aanraking zijn gekomen. Hoewel de Inspectie JenV zich bewust is dat de term justitiabele niet in alle casussen een juiste term is, kiest zij ervoor om vanwege de leesbaarheid één term aan te houden.

2. Methoden

In dit hoofdstuk beschrijft de Inspectie JenV hoe zij het onderzoek uitvoert.

2.1 Criteria

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, gebruikte de Inspectie JenV eerder door haar gepubliceerde brieven en rapporten over incidenten binnen het domein van de sanctietoepassing.

Inclusie- en exclusiecriteria

In dit onderzoek nam de Inspectie JenV alle door haar gepubliceerde brieven en rapporten mee die gaan over het handelen van uitvoeringsorganisaties en zijn opgesteld na een door haar uitgevoerd onderzoek naar een incident binnen het domein van de sanctietoepassing⁶ in de periode 2012 tot en met 2024. Hieronder geeft de Inspectie JenV een korte toelichting per criterium.

1. Gepubliceerde brieven of rapporten

De Inspectie JenV koos ervoor om uitsluitend gepubliceerde brieven of rapporten te includeren om de vertrouwelijkheid van eerdere correspondentie met uitvoeringsorganisaties, naar aanleiding van incidenten, te waarborgen. De openbaar toegankelijke brieven en rapporten bevorderen bovendien de reproduceerbaarheid van deze analyse van de Inspectie JenV.

2. Onderzoek door de Inspectie JenV naar een incident

De Inspectie JenV richtte zich op gepubliceerde brieven of rapporten waarbij er door de Inspectie JenV een onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van een incident binnen de sanctietoepassing. Enerzijds gaat het om onderzoeken die de Inspectie JenV instelde nadat een incident zich voordeed. Anderzijds nam de Inspectie JenV ook onderzoeken mee naar aanleiding van incidenten waarbij de Inspectie JenV een rapport over een intern onderzoek ontving van de betrokken uitvoeringsorganisatie en vervolgens alsnog een eigen onderzoek instelde en uitvoerde.⁷ In sommige onderzoeken werkte de Inspectie JenV samen met andere toezichthouders, zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

⁶ Dit domein bestaat uit het gevangeniswezen/vreemdelingenbewaring (inclusief Dienst Vervoer & Ondersteuning), de forensische zorg, de justitiële jeugdinrichtingen en de reclassering.

⁷ Dit betekent dat de Inspectie JenV geen brieven of rapporten includeert als zij zelf geen onderzoek heeft gedaan.

Zoekstrategie

De Inspectie JenV verzamelde alle mogelijk relevante brieven en rapporten vanaf haar website (www.inspectie-jenv.nl) die zijn gepubliceerd in de periode 2012 tot en met 2024. Het gaat in totaal om 27 brieven en rapporten.

2.2 Selectie

Het proces om te bepalen welke brieven en rapporten relevant waren voor inclusie in de analyse is in twee fasen uitgevoerd. In de eerste fase zijn de titels en de samenvattingen van rapporten beoordeeld en gemarkeerd voor inclusie of exclusie, op basis van de criteria die hierboven staan beschreven. Voor de brieven zijn de titels en de conclusieparagraaf in de brief gelezen en beoordeeld. Er zijn twee rapporten⁸ uitgesloten, omdat het handelen van organisaties binnen de sanctietoepassing niet centraal staat in deze incidentonderzoeken. Deze incidentonderzoeken richtten zich namelijk op het handelen van – en de samenwerking tussen – onder andere het Openbaar Ministerie en de politie. In de tweede fase zijn de overgebleven brieven en rapporten gelezen en afzonderlijk beoordeeld op geschiktheid voor de analyse.

In totaal benutte de Inspectie JenV 25 gepubliceerde brieven en rapporten in dit onderzoek, waaronder 3 brieven en 22 rapporten. Een overzicht van alle brieven en rapporten staat in de bijlage.

2.3 Analyse

De Inspectie JenV analyseerde de brieven en rapporten met behulp van een kwalitatieve analysemethode. De Inspectie JenV identificeerde codes die voortkomen uit de brieven en rapporten, zonder vooraf gedefinieerde categorieën. Dit heet ook wel inductief coderen. Het doel van inductief coderen is om nieuwe inzichten te verkrijgen en een beter begrip te ontwikkelen van de knelpunten en thema's die voortvloeien uit de brieven en rapporten.

Coderen

De geselecteerde brieven en rapporten zijn gecodeerd op de volgende punten:

- De achtergrondkenmerken van het incidentonderzoek (o.a. het jaartal van publicatie, het type incident en de datum waarop het incident heeft plaatsgevonden);
- De besluitvorming voorafgaand aan het incidentonderzoek;
- De uitvoering van het incidentonderzoek (o.a. de betrokken uitvoeringsorganisaties en de samenwerking met andere inspecties);
- De knelpunten die staan beschreven in het incidentonderzoek;
- De (eind-)conclusie van de Inspectie JenV.

⁸ Dit betrof de rapporten 'Incidentonderzoek naar het huisbezoek van de Haagse rechter op 19 april 2013' (publicatie in 2013) en 'Incidentonderzoek Udo D.' (publicatie in 2016).

Fasen in analyse

Het analyseren van brieven en rapporten bestond uit twee fasen. In de eerste fase codeerde en analyseerde de Inspectie JenV drie willekeurig gekozen rapporten⁹ en twee brieven¹⁰. Na het coderen ontwikkelde de Inspectie JenV een codeerschema van knelpunten en overkoepelende thema's waaronder deze knelpunten vallen. De codes zijn enerzijds beoordeeld op de mate waarin de codes representatief waren voor het knelpunt, anderzijds is gekeken naar de mate waarin de codes voldoende zijn afgebakend en in verband gebracht konden worden met andere codes onder hetzelfde thema. De Inspectie JenV keek ook in hoeverre de codes te veel overlaptten of voldoende onderscheidend waren van andere codes. Vervolgens zijn er drie rapporten¹¹ gecodeerd en geanalyseerd, waarna het codeerschema verder is ontwikkeld. De eerste fase eindigde met een vastgesteld codeerschema.

In de tweede fase codeerde de Inspectie JenV alle brieven en rapporten op basis van het ontwikkelde codeerschema. De tweede fase eindigde na het coderen van alle brieven en rapporten volgens het codeerschema.

Met het oog op de betrouwbaarheid en navolgbaarheid van de kwalitatieve analysemethode zijn alle brieven en rapporten afzonderlijk gecodeerd door twee inspecteurs. Daarbij is onder meer gekeken naar de mate waarin dezelfde codes zijn toegekend aan dezelfde tekstfragmenten. Bij een verschil van inzicht over de interpretatie of de inhoud van een tekstfragment, is er onderling een gedeelde interpretatie gevonden.

De uitvoering van de analyse vond plaats in het softwareprogramma Atlas.ti.

⁹ Willekeurige selectie: rapport dodelijk steekincident Amsterdamse metro (2019), Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) de Oostvaarderskliniek (2020) en rapport dodelijk steekincident Turfmarkt (2024).

¹⁰ Incidentenonderzoek FPC de Rooyse Wissel (2017) en Incidentonderzoek Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) Roosenburg (2017).

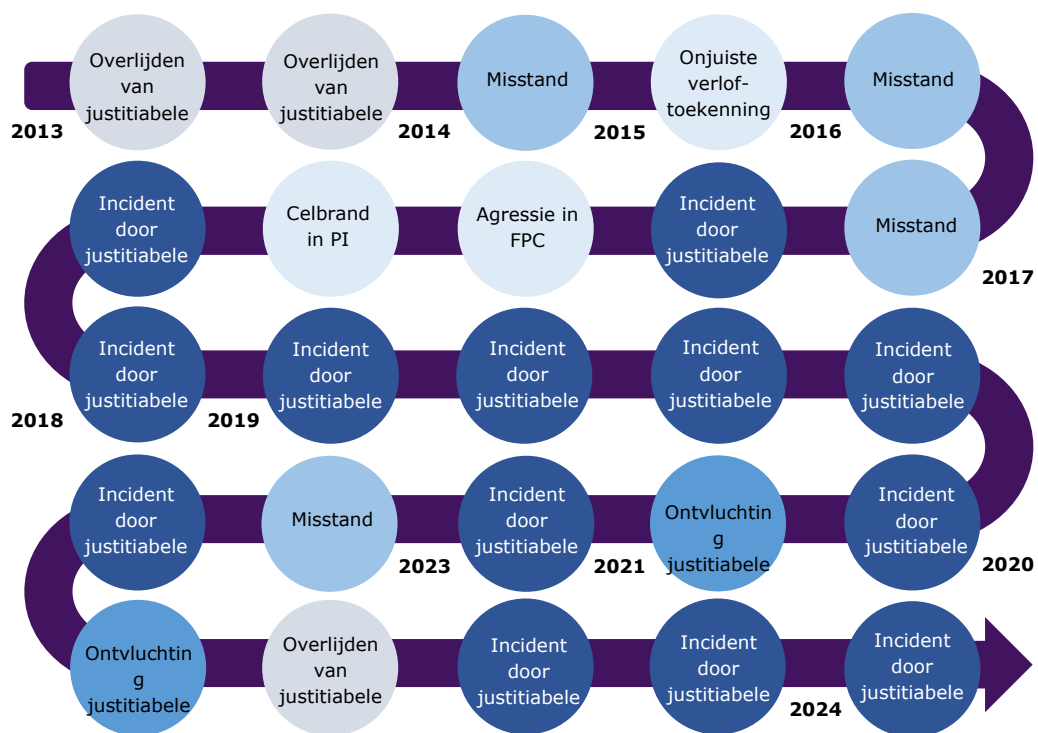
¹¹ De Woenselse Poort Incidentonderzoek (2017), Incidentonderzoek FPC De Kijvelanden (2020) en rapport PI Nieuwersluis (2023).

3. Beschrijving van incidentonderzoeken

3.1 Incidenten onderzocht door de Inspectie JenV

In de periode tussen 2012 tot en met 2024 voerde de Inspectie JenV verschillende type onderzoeken uit naar aanleiding van een incident. Figuur 1 biedt een vereenvoudigde weergave van de incidenten die door de Inspectie JenV zijn onderzocht met daarbij het jaartal van publicatie.

Figuur 1. Vereenvoudigde weergave van de gepubliceerde brieven en rapporten naar aanleiding van incidentonderzoeken binnen de sanctietoepassing.

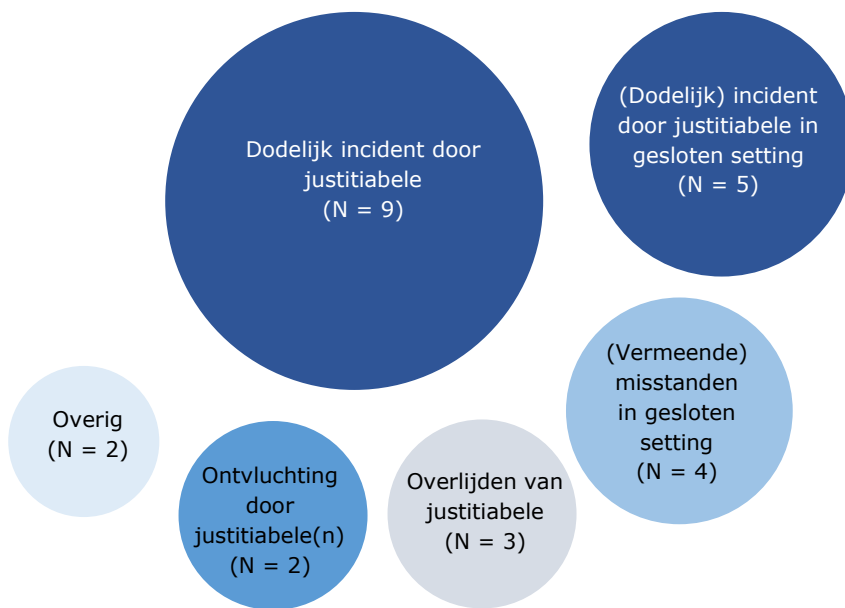


De Inspectie JenV bracht de variatie aan incidenten terug tot zes clusters (zie Figuur 2). De Inspectie JenV voerde de afgelopen jaren negen onderzoeken uit naar aanleiding van een dodelijk incident door een justitiabele in de samenleving, zoals het dodelijk steekincident op de Turfmarkt in Den Haag in 2023.

Daarnaast voerde de Inspectie JenV vijf onderzoeken uit naar aanleiding van een (dodelijk) incident binnen een gesloten setting, waarbij een justitiabele betrokken was. Een voorbeeld van dit cluster is het dodelijke steekincident in Centrum Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht. Ook voerde de Inspectie JenV onderzoeken uit naar aanleiding van (vermeende) misstanden, zoals het onderzoek

in PI Vught in 2016. Verder deed de Inspectie JenV onderzoek naar aanleiding van het overlijden van een justitiabele, zoals het overlijden van Alexander Dolmatov (2013), en de ontvluchting van justitiabelen uit een FPC. Tot slot zijn er twee onderzoeken – naar een onjuiste verloftoekenning en een brand in detentiecentrum Rotterdam – ondergebracht in het cluster 'overig'.

Figuur 2. Clustering van incidenten onderzocht door de Inspectie JenV.



3.2 Betrokken uitvoeringsorganisaties

De Inspectie JenV zag in de brieven en rapporten verschillende uitvoeringsorganisaties die betrokken zijn geweest in onderhavige casussen (zie Figuur 3). Bij casussen van een dodelijk incident door een justitiabele waren vaak verschillende partijen betrokken, waaronder de reclassering, organisaties in het sociaal domein en/of de reguliere geestelijke gezondheidszorg, de politie en/of het Openbaar Ministerie¹² en de forensische zorg. Voor casussen van een (dodelijk) incident binnen een gesloten setting gold logischerwijs dat het gevangeniswezen, forensische zorg organisaties en justitiële jeugdinrichtingen betrokken waren. Voor casussen van (vermeende) misstanden binnen een gesloten setting en voor casussen waarin justitiabele(n) zijn ontvlucht, zag de Inspectie JenV dat het gevangeniswezen en organisaties in de forensische zorg betrokken waren.

¹² De Inspectie JenV houdt geen toezicht op het Openbaar Ministerie en daarom is het handelen van het Openbaar Ministerie geen onderdeel van het incidentonderzoek geweest.

Figuur 3. Betrokken uitvoeringsorganisaties per type cluster.

Dodelijk incident door justitiabele	(Dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting	(Vermeende) misstanden in gesloten setting	Overlijden van justitiabele	Ontvluchting van justitiabele(n)	Overig
• Forensische zorg • Politie en/of Openbaar Ministerie • Reclassering • Sociaal domein en/of reguliere GGZ	• Gevangenis- wezen • Forensische zorg • Justitiële jeugd- inrichtingen	• Gevangenis- wezen • Forensische zorg	• Forensische zorg • Justitiële jeugdinstellingen • Overig (o.a. migratieketen)	• Forensische zorg	• Gevangenis- wezen • Forensische zorg

3.3 Redenen voor inspectieonderzoek

Er zijn twee redenen voor een incidentonderzoek door de Inspectie JenV: een eigen besluit van de Inspectie JenV of een verzoek van een bewindspersoon waarna de Inspectie JenV besluit om het onderzoek uit te voeren. Uit de brieven en rapporten blijkt dat er in de meerderheid van de casussen (52%) enkel een eigen besluit van de Inspectie JenV ten grondslag ligt aan het onderzoek. In ongeveer een derde van de casussen (32%) lag er een verzoek van een bewindspersoon, waarna de Inspectie JenV besloot een onderzoek in te stellen. Voor de resterende casussen (16%) blijkt onvoldoende duidelijk uit de rapporten wat de aanleiding was om het onderzoek te starten.

3.4 Uitvoering inspectieonderzoek

In ongeveer de helft van de onderzoeken is er samengewerkt met andere toezichthouders. Dit betreft voornamelijk de IGJ (voorheen: Inspectie Gezondheidszorg, IGZ) of Toezicht Sociaal Domein.¹³ De betrokkenheid van andere toezichthouders verschilt per cluster, waarbij blijkt dat andere toezichthouders vaak betrokken zijn bij het overlijden van een justitiabele of een dodelijk incident door een justitiabele. Tegelijkertijd komt in verschillende brieven en rapporten niet altijd duidelijk naar voren waarom er (niet) wordt samengewerkt met andere toezichthouders en, indien er is samengewerkt, op welke wijze de samenwerking is vormgegeven.

De Inspectie JenV keek ook naar de gemiddelde tijd tussen het incident of het moment waarop de Inspectie JenV signaleert een (media-)bericht ontvangt en de publicatie van het eindproduct.¹⁴ In de meerderheid van de onderzoeken (56%) rapporteert de Inspectie JenV binnen twaalf maanden na het incident of de ontvangst van signalen of (media-)berichten. De gemiddelde doorlooptijd verschilt enigszins tussen clusters. De doorlooptijd ligt het hoogste bij incidentonderzoeken naar aanleiding van een dodelijk incident door een justitiabele (achttien maanden), gevolgd door een (dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting (dertien

¹³ Toezicht Sociaal Domein is een samenwerkingsverband tussen vier rijksinspecties: de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Inspectie van het Onderwijs, de Nederlandse Arbeidsinspectie en de Inspectie Justitie en Veiligheid.

¹⁴ Er zijn vele factoren die invloed hebben op de doorlooptijd van een incidentonderzoek door de Inspectie JenV, zoals haar eigen personele capaciteit.

maanden), ontvluchting van justitiabele(n) en overige incidenten (tien maanden), overlijden van justitiabele (negen maanden) en (vermeende) misstanden in gesloten setting (acht maanden). De Inspectie JenV constateert dat meerdere factoren samenhangen met de doorlooptijd:

- het tijdpad dat is onderzocht vanaf een bepaald moment tot (en met) het incident, varieert van 6 tot 60 maanden;
- het aantal organisaties dat betrokken is (geweest) bij de casus;
- het type incident (in gesloten setting of in de vrije samenleving);
- het wel of niet samenwerken met andere toezichthouders.

De Inspectie JenV ziet dat met name het onderzochte tijdpad en het aantal betrokken organisaties bij de casus bepalend zijn voor de doorlooptijd. Hoe langer het tijdpad en/of hoe meer betrokken organisaties, hoe langer de doorlooptijd.

4. Algemene thema's en knelpunten

In dit hoofdstuk beschrijft de Inspectie JenV de in haar brieven en rapporten terugkerende thema's en knelpunten. De Inspectie JenV kiest voor de term "terugkerend", omdat deze aangeeft dat thema's en knelpunten, ondanks alle inspanningen van medewerkers en organisaties, herhaaldelijk zijn vastgesteld in haar brieven en rapporten.

4.1 Algemeen

De Inspectie JenV heeft de geconstateerde knelpunten gegroepeerd binnen tien thema's. Zoals eerder beschreven, verwijst een knelpunt naar een tekortkoming of onvolkomenheid in de manier waarop organisaties hun taken hebben uitgevoerd voorafgaand aan of tijdens een incident of naar een situatie waarin organisaties niet hebben *kunnen* handelen volgens geldende werkinstructies. Een thema verwijst naar een omstandigheid of factor die terugkomen in de aanloop naar of tijdens een incident, maar niet noodzakelijkerwijs een negatieve of beperkende invloed hebben gehad op het incident. Voorbeelden van thema's zijn het werkklimaat van medewerkers, de fysieke veiligheid of de ketensamenwerking.

Tabel 1 biedt een weergave van alle thema's met de bijbehorende knelpunten die de Inspectie JenV heeft geconstateerd in haar brieven en rapporten.

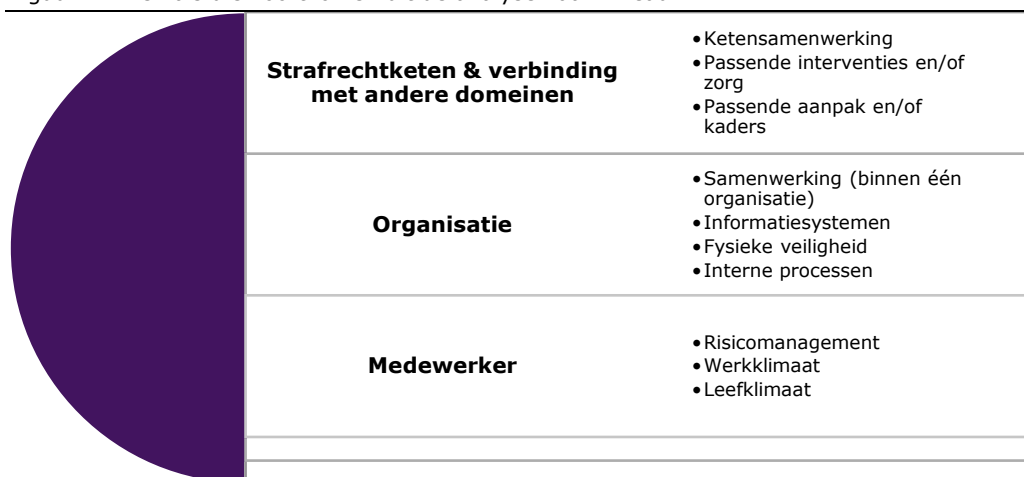
Tabel 1. Overzicht van alle thema's en knelpunten.

Thema	Knelpunten
Fysieke veiligheid	- Gebouwelijke factoren - Ontoereikende veiligheidsprocedures (o.a. handhaving en regels omtrent contrabande, voorspelbaarheid controles) - Ontoereikende middelen t.b.v. veiligheid (o.a. onvoldoende cameratoezicht, toegangscontrole medewerkers)
Informatiesystemen	- Inadequate werking van systeem - Informatie niet verwerkt in meest passend systeem - Toegang tot informatiesysteem
Interne processen	- Ontbreken van beleid - Ontbreken van werkinstructies - Onbenutten interne- en/of externe tegenspraak
Ketensamenwerking	- Onvoldoende informatiedeling tussen organisaties - Onjuiste informatievoorziening - Onduidelijkheid m.b.t. bevoegdheden en verantwoordelijkheden - Ontoereikend overleg en/of afstemming tussen organisaties - Onvoldoende regievoering
Leefklimaat	- Bejegening door medewerkers - Justitiabelen onderling (o.a. agressie, liefdesrelaties) - Ruimte voor klachten
Passende aanpak en/of kaders	- Justitieel/behandel kader - Opstellen en monitoren plan van aanpak - Domeinoverstijgende aanpak
Passende interventies en/of zorg	- Wachtlijsten - Onvoldoende beschikbaarheid van interventies en/of (zorg)voorzieningen

	• Gebrek aan expertise • Gebrek aan maatwerk
Risicomanagement	• Signalen en/of risico's worden onvoldoende opgemerkt • Signalen en/of risico's worden onvoldoende beoordeeld en/of gewogen • Signalen en/of risico's leiden niet tot adequate interventies • Besluiten passen niet bij geconstateerde signalen en/of risico's
Samenwerking (binnen één organisatie)	• Verschillen in informatiepositie tussen disciplines • Onvoldoende informatiedeling tussen disciplines • Ontoereikend overleg en/of afstemming tussen disciplines
Werkklimaat	• Personeelsbeleid (o.a. kwantitatieve en kwalitatieve bezetting, werkdruk) • Aansturing • Menselijk handelen (o.a. deskundigheid, dossiervorming, afwijken van criteria en/of procedures) • Integriteit • Cultuur (o.a. aanspreekcultuur, angst, melden van signalen of klachten)

Bovenstaande thema's kunnen onderverdeeld worden in drie verschillende niveaus. Op het niveau van de *medewerker* gaat het om individuele afwegingen en directe interacties met collega's of justitiabelen. Op het niveau van de *organisatie* gaat het om (beleids-)processen, gebouwelijke factoren of institutionele structuren die een rol spelen. Op het niveau van de *strafrechtketen en verbinding met andere domeinen* gaat het om bredere, overkoepelende maatschappelijke structuren en samenwerkingsverbanden. Figuur 4 geeft een schematische weergave van de tien thema's uitgesplitst naar de drie niveaus.

Figuur 4. Thema's die voortkomen uit de analyse naar niveau.



4.2 Terugkerende thema's & knelpunten

Binnen de tien thema's die de Inspectie JenV constateert, ziet zij voornamelijk drie thema's in de onderzochte brieven en rapporten terug:

- (keten-)samenwerking;
- risicomanagement;

- werkklimaat.

In onderstaande paragrafen gaat de Inspectie JenV nader in op deze thema's en op de knelpunten die zij constateert.

(Keten-)samenwerking

Bij de thema's samenwerking binnen één organisatie en ketensamenwerking ziet de Inspectie JenV hoofdzakelijk vier knelpunten terug:

- Onvoldoende informatiedeling tussen disciplines & tussen organisaties;
- Onduidelijkheid met betrekking tot de bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- Ontoereikend overleg en/of afstemming tussen disciplines & tussen organisaties;
- Onvoldoende regievoering.

De Inspectie JenV ziet regelmatig terug dat informatie onvoldoende werd gedeeld binnen één organisatie én tussen organisaties binnen en buiten de strafrechtketen. Het kan bijvoorbeeld gaan om het onvoldoende delen van (behandel-)informatie tussen disciplines binnen één organisatie, maar ook om het onvoldoende delen van (behandel-)informatie tussen een penitentiaal psychiatrisch centrum (PPC)¹⁵ en een forensisch psychiatrische afdeling (FPA)¹⁶.

Voorbeeld rapport Inspectieonderzoek naar de aanpak van de stalking door Bekir E.

"Wat evenmin bijdraagt aan een goede risico-inschatting is dat de communicatie tussen de verschillende organisaties die bij deze zaak betrokken zijn zoals de Reclassering, de politie, het OM en Veilig Thuis over de veiligheid van Hümeyra minimaal is (...). De informatie die binnen afzonderlijke organisaties aanwezig is wordt niet actief gedeeld of opgevraagd waardoor men niet op de hoogte is van alle relevante informatie ten aanzien van de dreiging die van E. uitgaat richting Hümeyra." (pagina 43)

Er zijn grofweg drie redenen waarom de informatiedeling niet of onvoldoende tot stand kwam. Allereerst ziet de Inspectie JenV dat medewerkers niet altijd bekend waren met welke informatie men volgens (privacy-)wetgeving wel of niet mag delen over een persoon, met als gevolg dat (relevante) informatie niet is gedeeld met bijvoorbeeld een ketenpartner. Daarnaast merkt de Inspectie JenV op dat informatie niet altijd toegankelijk was door de wijze waarop systemen zijn ingericht. Een voorbeeld is dat zorg- en veiligheidshuizen alleen zicht hadden op casussen die in de eigen regio hebben gespeeld, maar niet weten of een persoon ook bij een ander zorg- en veiligheidshuis bekend (geweest) is. Een ander

¹⁵ Een PPC is een onderdeel binnen het gevangeniswezen waar continu psychiatrische zorg beschikbaar is voor gedetineerden met een combinatie van psychiatrische aandoeningen, een verslaving of een verstandelijke beperking.

¹⁶ Een FPA is een afdeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis waar mensen worden opgenomen die door hun psychiatrische problemen in aanraking zijn gekomen met justitie.

voorbeeld is dat bepaalde disciplines binnen één organisatie niet bekend waren met de voorgeschiedenis van justitiabelen, waardoor men niet weet op welk gedrag van justitiabelen men alert moet zijn. Verder constateert de Inspectie JenV dat er afspraken en kaders ontbraken over de bevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden om informatie te delen.

Verder ziet de Inspectie JenV dat er in sommige casussen sprake was van onduidelijkheid over welke organisatie bevoegd was om besluiten te nemen en/of welke organisatie (eind-)verantwoordelijk was in een ketensamenwerking. Vaak waren organisaties onvoldoende bekend met elkaars werkwijze of wat organisaties in een dergelijke (keten-)samenwerking van elkaar mogen verwachten. Deze onduidelijkheid ontstond veelal doordat er geen duidelijke afspraken zijn gemaakt over taken, regievoering en verantwoordelijkheden.

De vier knelpunten zijn in enkele casussen met elkaar verbonden. Zo heeft onduidelijkheid met betrekking tot bevoegdheden te maken met onvoldoende overleg en onvoldoende regievoering. Met name in de complexe casussen ziet de Inspectie JenV dat er een gebrek was aan regievoering, wat mogelijk samenhangt met onvoldoende informatiedeling tussen organisaties.

Voorbeeld rapport Zorg en ondersteuning aan Donny M. in het straf-, zorg- en sociaal domein

"In de eerste periode lag de regie bij de jeugdreclassering. Na het beëindigen van het justitieel kader lag de regie in het vrijwillig kader bij de Wmo-consulent [Wet maatschappelijke ondersteuning¹⁷], tot het moment dat de procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis de regievoerder werd. Toch zien de toezichthouders zowel in het justitieel als in het vrijwillige kader onduidelijkheid over de rol, taken en verantwoordelijkheden van regievoerders." (Pagina 4)

Voorbeeld rapport Incidentonderzoek dodelijk steekincident Amsterdamse metro

"In onderhavige casus was bij het AMC [Academisch Medisch Centrum] en LJ&R [Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering] de verantwoordelijkheidsverdeling onduidelijk toen de civiele maatregel werd opgelegd tijdens de v.i. van Philip O. Er was in beperkte mate sprake van contact en informatiedeling tussen actoren in beide trajecten. Daarnaast was het AMC als zorgaanbieder niet bekend met justitiële organisaties en procedures en wist om die reden niet de juiste wegen te bewandelen. Hierdoor hebben de betrokken organisaties elkaar niet geholpen bij het verkrijgen van een zo compleet mogelijk beeld van Philip O. en bij het benutten van de mogelijkheden tot plaatsing in een forensische kliniek." (Pagina 45)

¹⁷ De Wet maatschappelijke ondersteuning regelt dat gemeenten mensen ondersteunen bij het zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen en participeren in de samenleving, ondanks beperkingen of problemen.

Risicomanagement

Voor het thema risicomanagement ziet de Inspectie JenV voornamelijk twee knelpunten terugkomen:

- Signalen en/of risico's worden onvoldoende opgemerkt;
- Signalen en/of risico's leiden niet tot adequate interventies.

Medewerkers hadden justitiabelen soms onvoldoende in beeld om relevante signalen en risico's op te merken en te registreren, waardoor mogelijk risicovolle situaties niet opgemerkt konden worden. Er zijn verschillende redenen waarom medewerkers justitiabelen onvoldoende in beeld hadden en hielden. Zo blijkt uit een aantal onderzoeken dat medewerkers (te) weinig aanwezig waren op de afdeling waar de justitiabelen verbleven en (te) veel in de teamkamer of het kantoor zaten. Daarnaast blijkt dat de personeelsbezetting samenhang met het opmerken en registreren van signalen en risico's bij justitiabelen: in enkele casussen bleek dat er simpelweg (te) weinig toegeruste medewerkers aanwezig waren om relevante signalen van justitiabelen op te merken. Tenslotte merkt de Inspectie JenV op dat informatie soms niet of (te) weinig is verzameld, terwijl dergelijke informatie wel relevant was. Dit gaat bijvoorbeeld om het uitvoeren van een urine- of kamercontrole of het monitoren van telefoonverkeer.

Voorbeeld rapport Steekincident FPC De Kijvelanden

"Een belangrijk aspect bij het vormgeven van een veilig en ondersteunend behandelmilieu is het tijdig kunnen signaleren van en rapporteren over (risicovol) gedrag. Dit signaleren en rapporteren is belangrijk voor het duiden van het (mogelijk risicovolle) gedrag en het formuleren van interventies binnen de behandeling. Aan het tijdig signaleren en rapporteren heeft het op een belangrijk moment ontbroken, zo werd achteraf geconstateerd." (Pagina 48)

Ook gaven medewerkers in enkele gevallen geen adequate opvolging aan signalen en/of risico's. Zo waren in sommige casussen de risico's bekend bij medewerkers en werden signalen opgemerkt, maar hebben medewerkers daar onvoldoende op geacteerd. De Inspectie JenV ziet in sommige casussen dat medewerkers geen of (te) weinig handvatten hadden om te handelen op geconstateerde risico's, terwijl het in andere casussen niet duidelijk wordt waarom medewerkers bijvoorbeeld escalatiemogelijkheden niet (beter) hebben benut.

In andere casussen hebben medewerkers de signalen onvoldoende bij elkaar gebracht in een (multidisciplinair)overleg om tot een gezamenlijke duiding – en een vollediger beeld – te komen. Als gevolg hiervan ontbrak er een cumulatieve analyse van signalen en/of incidenten. Op deze manier is het lastig voor medewerkers om patronen te herkennen en mogelijkheden te creëren om zorg en ondersteuning passend(er) te maken.

Voorbeeld Rapport Calamiteitenonderzoek RJJJ Den Hey-Acker (gijzeling)

"Terugkijkend zijn er gedragingen en signalen over de jongere waargenomen door verschillende medewerkers die ieder als op zichzelf staand zijn beoordeeld. Het behandelteam had hier actiever in gezamenlijkheid op moeten kunnen reageren. Op dat moment was er niet altijd voldoende bewustzijn van de betekenis van de signalen. Dit kon zijn omdat het gedrag kon passen bij zijn problematiek, waarbij echter voorbijgegaan werd aan de (forensische) risico's die dit gedrag met zich mee bracht. En wanneer dat bewustzijn er wel was, werd er niet voldoende concreet op geacteerd." (Pagina 8)

Werkklimaat (menselijk handelen)

Het thema werkklimaat bevat verschillende knelpunten (zie Tabel 1), maar één knelpunt komt veelvuldig naar voren: menselijk handelen. Menselijk handelen ziet in deze analyse op tekstfragmenten waarin het handelen van een individuele – of een aantal – medewerker(s) naar het toenmalige oordeel van de Inspectie JenV onvoldoende adequaat is geweest. Het handelen van medewerkers relateert de Inspectie JenV aan een (ervaren) gebrek aan deskundigheid, onvoldoende dossiervorming, het afwijken van criteria en/of procedures en de handelingsverlegenheid richting de justitiabele.

In de brieven en rapporten komt bijvoorbeeld naar voren dat medewerkers twijfelden aan de deskundigheid van een organisatie om een bepaalde behandeling te verlenen, zoals een verslavingsbehandeling. Een ander voorbeeld ten aanzien van een (ervaren) gebrek aan deskundigheid is dat medewerkers de meldcode Huiselijk Geweld niet volgden na het opmerken van signalen.

De dossiervorming wordt in sommige rapporten omschreven als "niet optimaal" of "gebrekkelig". In die gevallen hadden medewerkers onvoldoende geregistreerd over de ondernomen acties en voortgang. Zodoende werd niet duidelijk hoe medewerkers hebben gesproken over en zijn omgegaan met bijvoorbeeld een delict analyse, een risicotaxatie en/of de verlofmogelijkheden. In de brieven en rapporten wordt geen verklaring gegeven waarom medewerkers niet of (te) weinig registreren in het dossier.

Uit de brieven en rapporten blijkt dat medewerkers regelmatig afwijken van bestaande criteria en/of procedures. Het gaat bijvoorbeeld om situaties waarin medewerkers geen werkinstructie gebruikten, geen melding maakten van incidenten, de beoogde frequentie van kamer- of celcontroles niet uitvoerden of steunden op een eigen (klinisch) oordeel in plaats van een gestructureerde risico-inschatting. De Inspectie JenV verklaart dit knelpunt enerzijds vanuit een gebrek aan (inhoudelijke) sturing van medewerkers, anderzijds heeft de Inspectie JenV de indruk dat medewerkers niet altijd het risico of gevaar zien bij het afwijken van criteria of procedures.

Voorbeeld rapport Detentieverloop Michael P.

"Ook voert FPA Roosenburg een voornemen tot (aanvullend) psychodiagnostisch onderzoek uit het eerste concept behandelplan niet uit. Over het uitblijven hiervan wordt geen aantekening in het dossier gemaakt. Tevens neemt FPA Roosenburg in deze eerste periode geen kennis van de delictanalyse die PPC Vught heeft uitgevoerd." (Pagina 58)

Een laatste aspect van menselijk handelen heeft de Inspectie JenV gecategoriseerd als handelingsverlegenheid van de medewerker naar de justitiabele. Uit enkele rapporten blijkt dat er een tekort was aan kennis van – en ervaring met – het werken met justitiabelen, waardoor medewerkers naar eigen inzicht handelden en soms terughoudend waren om te handelen. Daarnaast ziet de Inspectie JenV dat medewerkers soms onvoldoende op de hoogte waren van hun mogelijkheden, verantwoordelijkheden en/of (beslissings-)bevoegdheden. Hierdoor voelden medewerkers minder of (te) weinig ruimte om besluiten te nemen en ontstond er handelingsverlegenheid richting een justitiabele.

Verwevenheid van thema's

Tot dusver heeft de Inspectie JenV in dit hoofdstuk de thema's en knelpunten die voortkomen uit de onderzoeken afzonderlijk beschreven. De tekstfragmenten in deze brieven en rapporten laten echter zien dat de thema's en knelpunten met elkaar verband kunnen houden en elkaar kunnen versterken. Zo is het bijvoorbeeld bij het maken van een juiste inschatting van de risico's en benodigde zorg van belang dat een organisatie voldoende informatie ontvangt over justitiabelen. Een knelpunt in deze informatiedeling tussen organisaties kan daarmee gevolgen hebben voor het risicomanagement en de inzet van adequate interventies door een organisatie.

Voorbeeld rapport Calamiteitenonderzoek Epe-Hattem

"De Wmoaanbieders van meneer en mevrouw werken gescheiden van elkaar; zij stemmen hun ondersteuning niet met elkaar af. Dit komt mede doordat meneer en mevrouw dat zelf niet willen en de aanbieders bang zijn om de behandelrelatie met hun cliënt te verliezen. De Wmo-consulenten gaan daarin mee; zij zien hun taak smal en beperken zich met name tot het stellen van indicatie en consultatie. De gevolgen zijn versnipperde ondersteuning, onvolledige of niet structurele informatiedeling en zowel de consultant als aanbieder hebben slechts beperkt zicht op de situatie. In de week voorafgaand aan het overlijden van mevrouw proberen drie partijen contact te krijgen met meneer of mevrouw. Zij weten dit niet van elkaar en het lukt ze alle drie niet. Daarnaast geven met name de hulpverleners aan dat de behandel- of samenwerkingsrelatie voorop stond, omdat anders niemand meer bij meneer of mevrouw binnenkwam. Dit heeft in de weg gestaan van de extra benodigde stappen om tot passende hulp te komen. In de week voor het overlijden zit mevrouw met zichtbare blauwe plekken op een spreekuur, maar geeft aan geen hulpvraag te hebben. De gemeente Hattem informeert wel de politie hierover, maar volgt zelf niet de stappen uit de Meldcode Huiselijk Geweld." (pagina 11)

In bovenstaand tekstfragment worden verschillende knelpunten met elkaar in verband gebracht, waaronder de informatiedeling tussen organisaties, onvoldoende acteren op signalen en risico's én het kunnen bieden van passende interventies en/of zorg

4.3 Overige knelpunten

Naast de drie bovengenoemde knelpunten, zoals beschreven onder paragraaf 4.2, constateert de Inspectie JenV andere terugkerende knelpunten.

Intern proces – ontbreken van beleid en/of werkinstructies

De Inspectie JenV ziet dat het ontbreekt aan beleid en/of werkinstructies voor interne werkprocessen. Het komt voor dat deze volledig ontbreken maar ook dat beleid en/of werkinstructies onvolledig, onduidelijk of onvoldoende concreet geformuleerd zijn. In sommige incidentonderzoeken ziet de Inspectie JenV dat werkinstructies tegenstrijdig waren waardoor medewerkers zelf keuzes maakten hoe in een bepaalde situatie te handelen.

Voorbeeld Rapport Incidentonderzoek FPC Pompestichting

"De Inspectie concludeert dat er rondom het toezicht op het terrein veel onduidelijkheid is. Zowel in de werkinstructies als in de uitvoering van het toezicht. De instructies zijn summier, vrijblijvend, onduidelijk en niet concreet." (Pagina 6)

Werkklimaat – personeelsbeleid (kwantitatieve & kwalitatieve bezetting)

De Inspectie JenV ziet dat de kwantitatieve en/of kwalitatieve bezetting onvoldoende op orde was in de periode voorafgaand aan het incident en/of ten tijde van het incident. De oorzaken hiervan zijn divers. In sommige incidentonderzoeken ziet de Inspectie JenV dat het ontbrak aan stabiliteit binnen teams doordat er veel personeelwisselingen waren of omdat er veelvuldig gewerkt wordt met invalkrachten. Doordat invalkrachten niet in alle gevallen voldoende bekend waren met de doelgroep, geen behandel- dan wel werkrelatie met de justitiabelen hadden of bepaalde werkzaamheden niet uit mochten voeren, nam de werkdruk bij de vaste medewerkers toe. Daarnaast nam het risico toe dat signalen en risico's niet worden opgemerkt of niet bij elkaar komen. Dit zorgde voor een gevoel van onveiligheid bij vaste medewerkers.

Naast het ontbreken aan stabiliteit binnen teams ziet de Inspectie JenV in verschillende documenten terug dat nieuwe medewerkers beperkt of te kort werden ingewerkt en er onvoldoende scholing en training plaatsvond.

Voorbeeld Rapport Steekincident FPC De Kijvelanden

"De vaste afdelingsteams werden kleiner vanwege de invoering van het kliniektteam¹⁸. Dit, in combinatie met de extra benodigde inhuur, zorgde voor minder vaste medewerkers op de afdeling. De sociotherapeuten van de vaste afdelingsteams bouwen een behandelrelatie met de tbs-gestelden op. Zij beschikken over voldoende kennis van de tbs-gestelden die er verblijven om signalen in hun gedragingen te herkennen en te duiden. Deze kennis kan bij ingehuurd medewerkers ontbreken. Zij zijn dan minder goed in staat om gedragingen te herkennen en daaraan betekenis te geven." (Pagina 45)

Werkklimaat – werkdruk

De Inspectie JenV constateert dat de werkdruk bij deze incidenten een rol heeft gespeeld in aanloop naar of tijdens het incident. Medewerkers ervoeren een hoge werkdruk met name doordat er sprake was van een hoog ziekteverzuim en er daardoor regelmatig inzet van invalkrachten nodig was. Het gevolg van een hoge werkdruk was dat medewerkers prioritering aanbrachten in de werkzaamheden die moesten worden verricht. Daardoor werden bijvoorbeeld voorgeschreven kamercontroles niet uitgevoerd en was er minder tijd beschikbaar voor justitiabelen.

Voorbeeld rapport Het detentieverloop van Michael P.

"FPA Roosenburg nodigt de behandelcoördinator uit voor de behandelplanbespreking van P., maar deze heeft de besprekingen niet bijgewoond. PPC Vught kiest vanwege de werkdruk ervoor om de behandelcoördinatoren hierbij niet aan te laten sluiten." (Pagina 68)

Voorbeeld Rapport Calamiteitenonderzoek RJJJ Den Hey-Acker (gijzeling)

Doordat de personeelsinzet kwantitatief en kwalitatief niet op orde was, was er onvoldoende tijd en capaciteit om de taken uit te voeren, de benodigde informatie te verzamelen en hier controle op te houden. Door de hoge werkdruk kwam de penitentiare en forensische scherpte in de inrichting onder druk te staan waardoor de veiligheid van de jongere, de veiligheid voor medewerkers en de veiligheid van de maatschappij niet meer gewaarborgd konden worden." (Pagina 12)

Fysieke veiligheid – ontoereikende middelen ten behoeve van de veiligheid

De Inspectie JenV ziet dat er sprake was van ontoereikende middelen ten behoeve van de veiligheid. Het ging hierbij om uiteenlopende zaken zoals ontoereikende middelen om drugsgebruik te traceren bijvoorbeeld doordat bepaalde middelen met urinecontroles niet traceerbaar zijn. Ook waren er soms onvoldoende middelen om drugsgebruik en -handel te voorkomen. Een ander terugkerend voorbeeld van ontoereikende middelen is dat het cameratoezicht ontoereikend was. Dit kwam

¹⁸ Het kliniektteam is een team van sociotherapeuten dat flexibel ingezet kan worden, bijvoorbeeld wanneer op een afdeling iemand ziek is of met verlof.

doordat er niet overal camera's aanwezig waren, camera's geblokkeerd werden (bijvoorbeeld door openstaande deuren) of doordat er onvoldoende personeel aanwezig was om camerabeelden te bekijken.

Voorbeeld Rapport De Woenselse Poort incidentonderzoek

"De Inspectie constateert dat een aanzienlijk deel van de cliënten softdrugs gebruikt. Daarnaast blijkt dat de kliniek niet op eenduidige wijze uitvoering geeft aan het drugsbeleid en dat de maatregelen om de beschikbaarheid van drugs tegen te gaan niet afdoende zijn." (Pagina 5)

Voorbeeld Rapport PI Nieuwersluis

"Zoals eerder benoemd, geven respondenten aan dat dit niet altijd mogelijk is. Dit omdat de camera's de afdeling niet volledig in beeld hebben. Ook komt voor dat het zicht van de camera geblokkeerd kan worden wanneer er een celdeur openstaat. Zij geven daarnaast aan dat er geen geluid wordt opgenomen, er wordt niet live meegekeken en de beeldkwaliteit neemt af wanneer er wordt ingezoomd." (Pagina 28)

5. Thema's en knelpunten per cluster van incidenten

In dit hoofdstuk beschrijft de Inspectie JenV welke thema's en knelpunten vaak terugkomen in de afzonderlijke clusters van incidenten.

5.1 Cluster: Dodelijk incident door justitiabele

De Inspectie JenV voerde in totaal negen incidentonderzoeken uit waarbij een justitiabele werd verdachte van het plegen van een dodelijk incident in de samenleving. In deze onderzoeken zijn er vijf terugkerende knelpunten:

- Onvoldoende informatiedeling tussen organisaties;
- Onvoldoende opmerken van signalen en risico's;
- Menselijk handelen (afwijken van criteria en/of procedures);
- Gebrek aan een passende, domein overstijgende aanpak;
- Gebrek aan maatwerk ten aanzien van interventies en/of zorg.

Vanwege de aard van de problematiek van justitiabelen zijn er vaak meerdere organisaties uit de strafrechtketen, de forensische zorg, het sociaal domein en in sommige gevallen het reguliere zorgdomein betrokken. In veel van de onderzoeken constateerde de Inspectie JenV dat de informatiedeling tussen de betreffende organisaties onvoldoende was, met als gevolg dat organisaties justitiabelen niet of onvoldoende in beeld hadden. Een betere informatiepositie had organisaties in staat gesteld om de risico's gebaseerd op meer recente en accurate informatie in te schatten of om een passende en domein overstijgende aanpak te organiseren die aansloot bij de (multi-)problematiek van een justitiabele.

De Inspectie JenV ziet dat de geconstateerde knelpunten elkaar versterken. Dit komt ook naar voren in onderstaand rapport.

Voorbeeld Rapport 'Aanslag in een tram in Utrecht, 18 maart 2019'

"De partijen hadden een beter en completer beeld van betrokkene kunnen hebben, wat mogelijk aanleiding had gegeven tot maatregelen die beter gepast zouden hebben bij de problematiek van betrokkene." (Pagina 59-60)

In deze incidentonderzoeken constateerde de Inspectie JenV dat medewerkers niet altijd handelden in lijn met vastgestelde werkwijzen en procedures. Zo blijkt dat bijvoorbeeld medewerkers werkinstructies niet naleefden, zoals het invullen van de meldcode huiselijk geweld of een werkinstructie voor stalking. In andere casussen gebruikten medewerkers niet het voorgeschreven formateen ander format dan voorgeschreven voor het verlenen van verlof, waardoor eventuele vrijheden in het kader van een behandeling niet duidelijk waren voor ketenpartners, of werd er geen melding gedaan van een incident, waardoor de verlofmachtiging niet werd ingetrokken en er geen evaluatie plaatsvond.

De onderzoeken laten tegelijkertijd zien voor welke uitdagingen organisaties staan om passende zorg en begeleiding te bieden aan personen met een (gewelddadig) justitieel verleden die vaak kampen met problematiek op verschillende leefgebieden, zoals psychische gezondheid, verslavingsgevoeligheid en dakloosheid. De multi-problematiek ging soms gepaard met gebrekkige of beperkte motivatie van de justitiabele, met als gevolg dat de inzet van (vrijwillige) begeleiding en zorg niet afdoende was. Het was niet zelden een zoektocht voor organisaties om personen te plaatsen bij een passende vervolgvoorziening. Er zijn verschillende redenen waardoor justitiabelen niet geplaatst konden worden, zoals wachtlijsten bij zorgaanbieders, de zwaarte van het indexdelict, het ontbreken van expertise bij een vervolgvoorziening of het ontbreken van een passend beveiligingsniveau.

Voorbeeld Rapport Incidentonderzoek FPC de Oostvaarderskliniek 2019

“Uit onderzoek blijkt dat de OVK in 2015 binnen het kader van transmuraal verlot tevergeefs zoekt naar een vervolgvoorziening. De OVK benadert vier vervolgvoorzieningen die vanwege verschillende redenen niet leiden tot plaatsing. Achterliggende redenen zijn het ontbreken van passende begeleiding, geen overeenstemming tussen betrokkene en de OVK en/of weigering van de vervolgvoorziening.” (Pagina 18)

Voorbeeld rapport Incidentonderzoek dodelijk steekincident Amsterdamse metro

“De Inspectie stelt vast dat Philip O. vanaf de datum van zijn voorwaardelijke invrijheidstelling, niet heeft kunnen voldoen aan de bijzondere voorwaarden ten aanzien van de behandeling en het begeleid wonen vanwege de wachtlijsten bij de betreffende instellingen. Ook LJ&R heeft niet effectief uitvoering kunnen geven aan de bijzondere voorwaarden in het kader van de toezichthoudende taakstelling vanwege de wachtlijstproblematiek, ondanks herhaald ondernomen pogingen daartoe.” (Pagina 43)

5.2 Cluster: (Dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting

De Inspectie JenV voerde vijf incidentonderzoeken uit waarbij een justitiabele werd verdacht van een (dodelijk) incident in een gesloten setting, zoals een PI of een FPC. In deze onderzoeken zijn er vier terugkerende knelpunten:

- Onvoldoende informatiedeling & ontoereikende afstemming binnen één organisatie;
- Onvoldoende opmerken van signalen en risico's;
- Gebrek aan fysieke veiligheid (d.w.z. gebouwelijke factoren);
- Werkklimaat (personeelsbeleid).

Deze knelpunten vloeien naar het oordeel van de Inspectie JenV logisch voort uit de context waarbinnen de (dodelijke) incidenten zich afspeelden. In de meerderheid van de onderzoeken constateerde de Inspectie JenV dat de onderlinge

informatiedeling en afstemming tussen disciplines – of afdelingen – binnen één organisatie onvoldoende was. Dit had als gevolg dat een justitiabele niet of onvoldoende in beeld was bij de medewerkers. Zodoende waren medewerkers (te) weinig alert op signalen van afwijkend en/of risicovol gedrag bij justitiabelen.

Bovendien concludeerde de Inspectie JenV in meerdere rapporten dat er sprake was van een tekort aan gekwalificeerd personeel. De kwalitatieve personeelsbezetting heeft invloed gehad op de mate waarin vaste medewerkers bij konden dragen aan behandelplanbesprekingen en evaluaties, maar ook om specifieke triggers bij – en aspecten uit een signaleringsplan¹⁹ van – justitiabelen te herkennen.

Het knelpunt van gebouwelijke factoren ten behoeve van de fysieke veiligheid is volgens de Inspectie JenV kenmerkend voor dit cluster van incidenten. Zo oordeelde de Inspectie JenV bijvoorbeeld dat een FPC de gevaarlijke attributen, zoals messen, niet adequaat bewaarde. In een ander onderzoek constateerde de Inspectie JenV dat onder andere de deuren niet functioneerden ten tijde van het incident, hetgeen bepalend is geweest voor het fatale verloop van het incident.

Voor dit cluster ziet de Inspectie JenV dat de knelpunten samenhangen en elkaar versterken, zo blijkt ook uit onderstaande tekstfragmenten waarin verschillende knelpunten naar voren komen.

**Voorbeeld Rapport Calamiteitenonderzoek RJJJ Den Hey-Acker
gijzeling**

“De RJJJ Den Hey-Acker zette bepaalde controlemiddelen niet in omdat zij veronderstelde dat die niet uitvoerbaar waren (elektronische controle). De uitvoering van controlemiddelen was gebrekkig door onduidelijkheid in de onderlinge afstemming over de uitvoering, maar ook door een tekort aan personeel.” (Pagina 8)

Voorbeeld Rapport Steekincident FPC De Kijvelanden

“Vanwege de magere bezetting op afdelingen konden medewerkers van de afdelingen minder bij overlegmomenten zijn. De bezetting van het multidisciplinair overleg bijvoorbeeld was beperkt omdat er regelmatig geen sociotherapeuten, geen afdelingspsycholoog en geen arbeidstherapeut bij het overleg aanwezig waren. (...) Een ander gevolg is dat sociotherapeuten minder inhoudelijk worden gevoed omdat zij niet bij de informatie-uitwisseling van de verschillende disciplines zijn.” (Pagina 34)

¹⁹ Een signaleringsplan is een persoonlijk plan dat helpt om een dreigende terugval of een crisis bij psychische klachten te herkennen en te voorkomen. Het beschrijft de vroege voortekenen van een crisis en de acties die ondernomen kunnen worden om de situatie te verbeteren of te stabiliseren.

5.3 Cluster: (Vermeende) misstanden in gesloten setting

De Inspectie JenV voerde in totaal vier incidentonderzoeken uit naar aanleiding van berichten of signalen van (vermeende) misstanden in een PI of een FPC. Het is van belang om op te merken dat de Inspectie JenV in twee van de vier incidentonderzoeken geen signalen voor een angstcultuur, misstand of doofpotcultuur aantrof. Derhalve komen in deze onderzoeken geen duidelijk knelpunten naar voren die meegenomen konden worden in dit rapport.

In de twee resterende onderzoeken zijn er twee knelpunten die terugkomen:

- Werkklimaat (ervaren onveiligheid, aanspreekcultuur);
- Onvoldoende aansturing van personeel.

Deze knelpunten zijn volgens de Inspectie JenV logisch te verbinden aan de context en omstandigheden waarin de (vermeende) misstanden zouden hebben plaatsgevonden. De Inspectie JenV ziet namelijk dat de ervaren onveiligheid en de inadequate aansturing van een leidinggevende elkaar versterken. In de rapporten komt naar voren dat een deel van de medewerkers de cultuur als onveilig ervoer. Ook zouden medewerkers elkaar onderling niet durven aanspreken op (mogelijk) ongepast gedrag. Tegelijkertijd ervoeren medewerkers onvoldoende aansturing vanuit hun leidinggevende(n) om dergelijke situaties van onveiligheid of terughoudendheid in het aanspreken van collega's te adresseren. Dit blijkt ook uit onderstaande passage.

Voorbeeld Rapport De Woenselse Poort incidentonderzoek

"Op basis van bovenstaande kan de Inspectie niet bevestigen of er kliniek breed sprake is van een angstcultuur. Wel constateert zij dat sommige medewerkers de cultuur in de Woenselse Poort als onveilig ervaren. De cultuur is naar binnen gericht en op verschillende niveaus is er sprake van 'eilandjes'." (Pagina 34)

Voorbeeld Rapport Incidentonderzoek PI Nieuwersluis

"Binnen PI Nieuwersluis bestaat een cultuur waardoor het mogelijk is dat PIW'ers [penitentiair inrichtingswerkers] niet-integer gedrag, waaronder seksueel grensoverschrijdend gedrag, vertonen." (Pagina 8)

5.4 Cluster: Overlijden van justitiabele

De Inspectie JenV voerde drie incidentonderzoeken uit naar aanleiding van het overlijden van justitiabelen in een gesloten setting. In twee onderzoeken gaat het om het overlijden van één persoon. In het derde onderzoek onderzocht de Inspectie JenV het overlijden van vier personen. De Inspectie JenV ziet drie knelpunten terugkomen:

- Signalen of risico's leiden niet tot adequate interventies;
- Onvoldoende informatiedeling tussen disciplines;
- Menselijk handelen (dossiervorming).

Deze drie knelpunten hangen naar het oordeel van de Inspectie JenV samen met de

omstandigheden waarbinnen de justitiabelen zijn komen te overlijden. In alle gevallen waren er signalen of risico's bekend die hadden moeten leiden tot adequate interventies. Voorbeelden van signalen zijn dat een justitiabele suïcidale uitlatingen deed of dat een justitiabele met enige regelmaat plotseling agressief gedrag vertoonde. Omdat er naar het oordeel van de Inspectie JenV niet adequaat is gehandeld, nam het risico op incidenten toe.

De Inspectie JenV ziet verder dat er onvoldoende informatiedeling plaatsvond tussen disciplines binnen de organisatie. Hierdoor kwamen ook signalen of risico's niet bij elkaar en werden deze los van elkaar beoordeeld. Het gevolg daarvan was dat er onvoldoende duiding en betekenis aan het geheel werd gegeven. Daardoor ontstond er geen geïntegreerd beeld van de justitiabele met een daaruit voortvloeiend geïntegreerd behandelbeleid.

Naast het onvoldoende overdragen van informatie waren ook de dossiers van de overleden justitiabelen niet volledig. Zo waren belangrijke signalen en gedragingen niet altijd terug te vinden in de dagrapportages²⁰ en werden besluiten uit overlegmomenten over een justitiabele onvoldoende geborgd in het dossier.

De Inspectie JenV ziet dat de drie knelpunten in dit cluster elkaar versterken. Doordat informatie onvoldoende tussen disciplines binnen een organisatie werd overgedragen en dossiers niet volledig waren, kwamen signalen of risico's niet samen. Dit vergrootte de kans dat signalen of risico's niet tot adequate interventies leiden. De samenhang tussen de drie knelpunten blijkt ook uit onderstaande voorbeelden.

Voorbeeld Rapport Het overlijden van Alexander Dolmatov

"Na de suïcidepoging worden de voorwerpen, die mogelijk een gevaar vormen voor de eigen veiligheid van Dolmatov, uit de cel verwijderd. Als hij is gekalmeerd, het koud heeft en in de ogen van de centrale post geen gevaar meer voor zichzelf vormt, krijgt hij een scheurhemd en een deken- en lakenpakket. Hoewel het interne handboek van het arrestantencomplex voorschrijft om bij een suïcidepoging de forensisch arts te alarmeren, gebeurt dit niet. De voor de crisisdienst ingeschakelde GGZ-instelling wordt evenmin op de hoogte gesteld." (Pagina 78)

Voorbeeld Rapport Incidentonderzoek PI Vught

"Er was veel informatie-uitwisseling, zowel met de PI van herkomst als intern. Echter de integratie van beschikbare informatie, analyse en gewogen beleidvorming waren voor verbetering vatbaar. Duidelijke regie ontbrak." (Pagina 20)

²⁰ In de dagrapportages staan de uitgevoerde taken, observaties en gebeurtenissen rond een justitiabele beschreven.

5.5 Cluster: Ontvluchting van justitiabele(n)

De Inspectie JenV onderzocht twee incidenten waarbij justitiabelen zijn ontvlucht uit een FPC. In beide incidentonderzoeken zijn er drie knelpunten die terugkomen:

- Onvoldoende opmerken van signalen en risico's;
- Ontbreken van (actueel) beleid of werkinstructies;
- Onvoldoende informatiedeling & ontoereikende afstemming binnen één organisatie.

Deze drie knelpunten hangen volgens de Inspectie JenV samen met de context en omstandigheden waarbinnen de ontvluchtingen plaatsvonden. In beide incidentonderzoeken gaat het om twee tbs-gestelden die uit een gesloten setting ontvluchten. Drie van de vier tbs-gestelden kennen een voorgeschiedenis met onttrekking aan de behandeling dan wel een ontvluchting of een poging daartoe. Deze voorinformatie vroeg om extra alertheid op signalen en risico's die zouden kunnen duiden op onttrekking aan de behandeling of ontvluchting. Daarnaast was voldoende samenwerking en afstemming nodig om dergelijke signalen en risico's samen te brengen. Dit gebeurde onvoldoende.

Het ontbreken van (actueel) beleid en/of werkinstructies is kenmerkend voor dit cluster. Uit beide incidentonderzoeken blijkt dat beleid en werkinstructies op punten onvoldoende duidelijk en concreet waren. Ook bij de uitvoering ervan vond er onvoldoende samenwerking of afstemming plaats tussen zowel medewerkers met dezelfde functie als tussen medewerkers met verschillende functies.

De drie knelpunten in dit cluster versterken elkaar volgens de Inspectie JenV. De samenhang tussen de drie knelpunten blijkt ook uit de volgende voorbeelden.

Voorbeeld Rapport Incidentonderzoek FPC de Kijvelanden

"Het team van de EVBG-afdeling was in zijn begeleiding en behandeling van de tbs-gestelden voorafgaand aan het incident te veel afhankelijk van een beperkt aantal ervaren en op de doelgroep toegeruste medewerkers om de forensische scherpheid op het beoogde niveau te houden. Hoewel het team van de EVBG-afdeling [Extreem Vlucht- en Beheersgevaarlijk] na het aantreffen van het ijzerzaagje en het geknoopte touw voortvarend heeft opgetreden, waren zij onvoldoende scherp op het signaleren van en handelen naar risicofactoren en risicogedrag. Of wanneer deze wel werden waargenomen, reageerden zij hier als team niet adequaat op. De gebrekkige samenwerking droeg niet bij aan het samenbrengen van de verschillende signalen." (Pagina 28)

Voorbeeld Rapport Incidentonderzoek FPC Pompestichting

"De sociotherapeuten en de medewerkers B&C [Beveiliging en Communicatie] wijzen naar elkaar. Sociotherapeuten gaan ervanuit dat medewerkers B&C cameratoezicht en fysiek toezicht houden, terwijl medewerkers B&C daar nauwelijks tijd voor hebben. Medewerkers B&C weten niet of en hoe de sociotherapeuten zicht houden op de tbs-gestelden die op het terrein zijn." (Pagina 55)

5.6 Cluster: Overig

De Inspectie JenV heeft twee onderzoeken gegroepeerd in het cluster overig. De onderzoeken zijn uitgevoerd naar aanleiding van een onjuiste verloftoekenning bij een tbs-gestelde en een brand in een detentiecentrum. Vanwege de uiteenlopende aard van beide incidenten concludeert de Inspectie JenV dat er in dit cluster geen sprake is van gezamenlijke of terugkerende knelpunten.

6. Algemene beschouwing

In de voorgaande hoofdstukken ligt de focus op het beschrijven van de door de Inspectie JenV uitgevoerde incidentonderzoeken binnen het domein van de sanctietoepassing én de terugkerende knelpunten in deze incidentonderzoeken. In dit hoofdstuk beschrijft de Inspectie JenV haar conclusie op basis van dit onderzoek. De Inspectie JenV sluit af met enkele reflecties over wat organisaties binnen – en buiten – de strafrechtketen kunnen leren dit onderzoek én wat de Inspectie JenV leert van dit onderzoek.

6.1 Vooraf

Voordat de Inspectie JenV de bevindingen op hoofdlijnen beschouwt en reflecteert op de geconstateerde knelpunten, hecht de Inspectie JenV eraan om drie zaken voor het voetlicht te brengen.

Ten eerste heeft de Inspectie JenV oog voor de positie van medewerkers in de uitvoering. Deze medewerkers werken dagelijks met justitiabelen, zoals gedetineerde personen, ex-gedetineerde personen en personen die een tbs-maatregel ondergaan. Het is algemeen bekend dat justitiabelen vaak kampen met (complexe) problemen op verschillende leefgebieden²¹, waaronder dakloosheid, werkloosheid, financiële problemen, psychische of psychiatrische problematiek en verslavingsgevoeligheid. Medewerkers opereren in een ingewikkelde en veelal risicovolle omgeving, waar veiligheid en zorg, afstand en nabijheid, begeleiding en controle vaak nauw met elkaar verweven zijn, maar soms ook op gespannen voet met elkaar staan. Onder (tijds-)druk en met beperkte beschikbaarheid aan (vervolg-)voorzieningen of passende interventies, moeten medewerkers afwegingen maken. De Inspectie JenV heeft deze omstandigheden ook beschreven in haar rapporten. Daarnaast gaat het in verschillende incidentonderzoeken om willekeurige burgers die om het leven zijn gekomen. In twee incidentonderzoeken betreft het een medewerker die tijdens de uitvoering van het werk om het leven is gekomen. Dergelijke gebeurtenissen onderstrepen de ernst van de incidenten, het belang van adequate ondersteuning van justitiabelen en duidelijk beleid en werkinstructies voor medewerkers. Het maakt ook duidelijk dat er voortdurend aandacht moet zijn voor de veiligheid van medewerkers, justitiabelen en de samenleving als geheel.

Ten tweede wil de Inspectie JenV benadrukken dat het onmogelijk is om vast te stellen wat er in een casus gebeurd was wanneer de knelpunten zich niet hadden voorgedaan. De Inspectie JenV is daar in eerdere rapporten over incidentonderzoeken duidelijk in geweest: het staat niet vast dat een andere handelwijze van betrokken organisatie(s) het incident had (kunnen) voorkomen. In aanloop naar de incidenten was er vaak een samenspel tussen verschillende

²¹ Appelman, J., Dirkzwager, A. J. E., & Van der Laan, P. H. (2021). Kenmerken van justitiabelen: Een systematisch literatuuronderzoek. Amsterdam: NSCR. Berghuis, M. L., Boschman, S., & Weijters, G. (2024). Monitor nazorg ex-gedetineerden – 7^e meting. Den Haag: WODC. Weijters, G., More, P.A., & Alma, S. M. (2010). Nazorgproblematiek en recidive van kortgestrafte gedetineerden. Den Haag: WODC.

knelpunten op meerdere momenten in de tijd, gecombineerd met de betrokkenheid van meerdere medewerkers en/of organisaties. De Inspectie JenV onderkent dat risico's niet altijd uitgesloten kunnen worden of dat organisaties incidenten altijd kunnen voorkomen. Tegelijkertijd verwacht de Inspectie JenV dat organisaties signalen en risico's kunnen inschatten én passende en proportionele maatregelen nemen om de kans op een (ernstig) incident te verkleinen.

Ten derde is de Inspectie JenV zich ervan bewust dat mogelijk niet alle knelpunten in de meegenomen brieven of rapporten zijn opgenomen. Inspecteurs maken na een gedegen analyse keuzes in de thema's of knelpunten die in een rapport worden opgenomen. Bovendien constateert de Inspectie JenV dat niet alle brieven en rapporten een negatief of uitsluitend kritisch beeld schetsen. In verschillende brieven en rapporten komt naar voren dat de Inspectie JenV – in het algemeen of op onderdelen – oordeelt dat er sprake was van zorgvuldig en professioneel handelen. Dit heeft ertoe geleid dat er niet in alle gevallen duidelijke knelpunten waren.

6.2 Conclusie

De Inspectie JenV concludeert dat terugkerende thema's en knelpunten in de voor dit onderzoek geïnccludeerde brieven en rapporten voornamelijk zien op de (keten-)samenwerking, het risicomanagement en het menselijk handelen. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat er specifieke knelpunten zijn voor bepaalde clusters van incidenten, zoals dodelijk incidenten door een justitiabele of het overlijden van een justitiabele. Tot slot toont dit onderzoek aan dat de knelpunten een cumulatief of versterkend effect kunnen hebben op het risico op incidenten.

De Inspectie JenV ziet dat de organisaties binnen de sanctietoepassing veelal een completer beeld van een justitiabele hadden kunnen hebben. Dit heeft te maken met het onvoldoende delen van informatie, het onvoldoende opmerken van signalen en/of risico's en het onvoldoende adequaat handelen van medewerkers.

Om het risico op incidenten te verkleinen is het van belang dat organisaties een volledig beeld hebben – en houden – van justitiabelen om passende interventies of vervolgacties in te zetten.

6.3 Leren van incidenten

Organisaties in de sanctietoepassing

De Inspectie JenV benadrukt dat geen van de organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van straffen en maatregelen, kan vermijden dat incidenten zich voordoen. Ook kunnen risico's rondom de behandeling en/of begeleiding van justitiabelen nooit worden uitgesloten. Het is wel de taak van deze uitvoeringsorganisaties om risico's en daarmee de kans op incidenten voor zowel de

samenleving, medewerkers als justitiabelen zo klein mogelijk te maken. Om dit te realiseren vormen de uitkomsten van dit onderzoek een bijdrage.

Om de kans op incidenten te verkleinen wil de Inspectie JenV onderscheid maken tussen hetgeen organisaties kunnen doen en dat wat medewerkers kunnen doen. De Inspectie JenV vindt het van belang hierbij op te merken dat medewerkers daarbij deels afhankelijk zijn van de organisatie waarin zij werken en hoe zij toegerust worden om hun functie uit te oefenen.

Op organisatieniveau ziet de Inspectie JenV een drietal verbeterpunten. Ten eerste is het aan de organisaties om te zorgen voor actueel, volledig en duidelijk beleid op de thema's ketensamenwerking en risicomanagement. Uit dat beleid vloeien concrete protocollen en werkinstructies voort voor de samenwerking met andere organisaties in het zorg- en veiligheidsdomein. Daarnaast zijn er concrete protocollen en eenduidige werkinstructies nodig voor de adequate uitvoering van risicomanagement. Het is aan de leiding van een organisatie om op protocollen en werkinstructies te sturen. Ten tweede verwacht de Inspectie JenV dat organisaties er zorg voor dragen dat medewerkers op het moment dat zij een werkrelatie met een justitiabele aangaan over de benodigde informatie kunnen beschikken. Deze informatie is nodig om signalen en risico's op te kunnen merken en daarnaar te handelen. Een compleet beeld over justitiabelen kan risico's voor de veiligheid van justitiabelen, medewerkers en de samenleving als geheel verkleinen. Om die reden benadrukt de Inspectie JenV het belang hiervan. Ten derde zijn de organisaties verantwoordelijk voor adequaat personeelsbeleid. De Inspectie JenV verstaat hieronder dat zowel de kwantitatieve als kwalitatieve bezetting op orde is. Dit betekent dat er voldoende personeel aanwezig is om het werk op de voorgeschreven wijze uit te voeren en dat het personeel voldoende bekwaam is. Scholing, training en andere vormen van deskundigheidsbevordering in combinatie met duidelijk beleid en werkinstructies kan handelingsverlegenheid bij medewerkers verminderen.

Op het niveau van de medewerkers ziet de Inspectie JenV verbeterpunten die met name zien op het thema's risicomanagement en werkklimaat. De Inspectie JenV maakt daarbij een onderverdeling in bewust nadenken, bewust delen en bewust handelen. Bij *bewust nadenken* gaat de Inspectie JenV ervan uit dat medewerkers scherp hebben welke informatie over een justitiabele nodig is om het werk uit te kunnen voeren. Ook mag van medewerkers worden verwacht dat zij signalen en risico's kunnen herkennen, duiden en samenbrengen. Daarnaast is het aan medewerkers om beleid en werkinstructies te kennen en deskundigheidsbevordering te volgen om handelingsverlegenheid te voorkomen. *Bewust delen* betekent voor de Inspectie JenV dat medewerkers weten welke informatie over een justitiabele met wie en op welk moment gedeeld mag – of in sommige gevallen: moet – worden. Onder *bewust handelen* verstaat de Inspectie JenV dat medewerkers afspraken maken met andere disciplines binnen de eigen organisatie of andere organisaties in het zorg- en veiligheidsdomein. Deze afspraken zien op taken, rollen en verantwoordelijkheden en moeten ook worden vastgelegd. Het is daarnaast aan medewerkers om actief te handelen naar de signalen en risico's die zij bij een justitiabele opmerken en om vervolgens passende interventies in te zetten. Hierbij hoort ook dat medewerkers verantwoordelijk zijn voor het op orde houden van de dossiers en leidinggevend om daarop te sturen.

De Inspectie JenV

Met dit onderzoek heeft de Inspectie JenV zicht gekregen op terugkerende knelpunten bij incidenten in het domein van de sanctietoepassing. Daarbij is het van belang te onderkennen dat de onderzochte incidenten een kleine selectie betreft van *alle* incidenten die binnen het gevangeniswezen, de forensische zorg, de justitiële jeugdinrichtingen en bij de reclassering hebben plaatsgevonden. De bevindingen in de incidentonderzoeken zijn daarom niet zomaar te generaliseren naar alle incidenten binnen de sanctietoepassing.

Tegelijkertijd maken de terugkerende thema's en knelpunten duidelijk waar zich risico's voordoen in de uitvoering van straffen en maatregelen door de organisaties waar de Inspectie JenV toezicht op houdt. Het zicht op deze risico's helpt de Inspectie JenV om te beoordelen waar zij zich in haar toezicht op richt. Daarnaast kan dit onderzoek de Inspectie JenV helpen om te bepalen welke incidenten om een incidentonderzoek vragen en waar zij zich op richt in deze onderzoeken. Hiermee kan worden voorkomen dat ieder thema of knelpunt in ieder incident op dezelfde wijze wordt onderzocht, terwijl uit dit onderzoek blijkt dat er terugkerende knelpunten zijn die (mogelijk) een rol hebben gespeeld. Een voorbeeld hiervan is dat de Inspectie JenV ervoor kan kiezen een thematisch onderzoek te starten naar een (of meerdere) terugkerend(e) knelpunt(en). Een ander voorbeeld is dat de Inspectie JenV binnen een incidentonderzoek andere methoden kan toepassen dan in eerdere onderzoeken.

Naast het in kaart brengen van de knelpunten levert dit onderzoek informatie op over de werkwijze van de Inspectie JenV bij incidentonderzoeken. Op de eerste plaats constateert de Inspectie JenV dat in de meegenomen brieven en rapporten bepaalde keuzes niet beschreven staan. Ondanks dat de Inspectie JenV vooraf afweegt of zij meerwaarde ziet in een eigen incidentonderzoek, staat niet in alle brieven en rapporten beschreven waarom zij een onderzoek start. Het is in die gevallen niet duidelijk op basis van welke criteria de Inspectie JenV besloot om het incidentonderzoek uit te voeren. Ook zijn de onderzochte incidenten zeer divers van aard. Het is wenselijk dat de onderbouwing om onderzoek te doen beschreven wordt evenals de onderbouwing voor het door de Inspectie JenV onderzochte tijdpad in aanloop naar, tijdens, en/of na afloop van het incident. Hiermee verantwoordt de Inspectie JenV haar keuzes.

Op de tweede plaats ziet de Inspectie JenV dat niet uit alle brieven en rapporten duidelijk wordt of voorafgaand aan het onderzoek is afgewogen of de Inspectie JenV andere toezichthouders zou willen betrekken bij het onderzoek. Bijvoorbeeld omdat de Inspectie JenV geen bevoegdheden heeft om onderzoek uit te voeren bij organisaties die betrokken zijn in een casus. Daarnaast is helderheid over de termijn waarbinnen de Inspectie JenV naar verwachting rapporteert van belang. Dit biedt uitvoeringsorganisaties en andere belanghebbenden duidelijkheid over het moment van rapportage. Het is tevens in lijn met de kernwaarden van de Inspectie JenV²² dat dergelijke overwegingen transparant zijn.

²² [Meerjarenperspectief 2025 - 2028 Inspectie JenV | Inspectie Justitie en Veiligheid.](#)

Bijlage 1: Overzicht van gepubliceerde brieven en rapporten

Tabel 1. Overzicht van gepubliceerde brieven en rapporten naar aanleiding van incidentonderzoeken door de Inspectie JenV binnen de sanctietoepassing, periode 2012 t/m 2024.

	Titel	Jaar¹	Brief of rapport	Meegenomen in dit onderzoek	Cluster
1	Het overlijden van Alexander Dolmatov	2013	Rapport	Ja	Overlijden van justitiabele
2	Incidentenonderzoek PI Vught	2013	Rapport	Ja	Overlijden van justitiabele
3	Incidentonderzoek naar het huisbezoek van de Haagse rechter op 19 april 2013	2013	Rapport	Nee	-
4	Onderzoek IVenJ en IGZ naar aanleiding van signalen over misstanden in FPC De Rooyse Wissel	2014	Rapport	Ja	(Vermeende) misstanden in gesloten setting
5	Incidentonderzoek FPC van der Hoevenkliniek	2015	Rapport	Ja	Overig
6	Incidentonderzoek Udo D.	2016	Rapport	Nee	-
7	Onderzoek in PI Vught naar aanleiding van berichten in de media	2016	Rapport	Ja	(Vermeende) misstanden in gesloten setting
8	Incidentonderzoek FPC de Rooyse Wissel	2017	Brief	Ja	(Dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting
9	Incidentonderzoek PI Zoetermeer	2017	Brief	Ja	(Dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting
10	Incidentonderzoek FPA Roosenburg	2017	Brief	Ja	Dodelijk incident door justitiabele
11	Brand detentiecentrum Rotterdam	2017	Rapport	Ja	Overig

Incidentonderzoeken onder de loep

12	De Woenselse Poort Incidentonderzoek	2017	Rapport	Ja	(Vermeende) misstanden in gesloten setting
13	Steekincident FPC De Kijvelanden	2018	Rapport	Ja	(Dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting
14	Calamiteitenonderzoek Epe/Hattem	2019	Rapport	Ja	Dodelijk incident door justitiabele
15	Het detentieverloop van Michael P.	2019	Rapport	Ja	Dodelijk incident door justitiabele
16	Incidentonderzoek dodelijk steekincident Amsterdamse metro	2019	Rapport	Ja	Dodelijk incident door justitiabele
17	Inspectieonderzoek naar de aanpak van de stalking door Bekir E.	2019	Rapport	Ja	Dodelijk incident door justitiabele
18	Incidentonderzoek FPC De Kijvelanden (01-03-2020)	2020	Rapport	Ja	Ontvluchting van justitiabele(n)
19	Incidentonderzoek FPC De Oostvaarderskliniek 2019	2020	Rapport	Ja	Dodelijk incident door justitiabele
20	Aanslag in een tram Utrecht	2021	Rapport	Ja	Dodelijk incident door justitiabele
21	Calamiteitenonderzoek in Rijks Justitiële Jeugdinrichting Den Hey-Acker (gijzeling)	2023	Rapport	Ja	Overlijden van justitiabele
22	Calamiteitenonderzoek in Rijks Justitiële Jeugdinrichting Den Hey-Acker (steekincident)	2023	Rapport	Ja	(Dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting
23	Incidentonderzoek FPC Pompestichting	2023	Rapport	Ja	Ontvluchting van justitiabele(n)
24	Onderzoek naar aanleiding van het steekincident in CTP Veldzicht	2023	Rapport	Ja	(Dodelijk) incident door justitiabele in gesloten setting

Incidentonderzoeken onder de loep

25	PI Nieuwersluis	2023	Rapport	Ja	(Vermeende) misstanden in gesloten setting
26	Zorg en ondersteuning aan Donny M. in het straf-, zorg- en sociaal domein	2023	Rapport	Ja	Dodelijk incident door justitiabele
27	Incidentonderzoek dodelijk steekincident Turfmarkt	2024	Rapport	Ja	Dodelijk incident door justitiabele

Noot: ¹Dit betreft het jaartal van publicatie van de brief of het rapport.

Inspectie Justitie en Veiligheid

Toezicht, omdat rechtvaardigheid en veiligheid
niet vanzelfsprekend zijn.

Dit is een uitgave van:

Inspectie Justitie en Veiligheid
Ministerie van Justitie en Veiligheid
Hoge Nieuwstraat 8 | 2514 EL Den Haag
Postbus 20301 | 2500 EH Den Haag
Contactformulier | **www.inspectie-jenv.nl**

September 2025

*Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.
Vermenigvuldigen van informatie uit deze publicatie is toegestaan,
mits deze uitgave als bron wordt vermeld.*