



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Levenslang verpleegd? Ervaringen met de eerste longstay-afdeling in Nederland

Emmo Doddema*

Samenvatting

In de jaren negentig werd in Nederland steeds duidelijker dat een bepaalde groep TBS-gestelden niet profiteerde van de opgelegde behandeling, maar wel een onaanvaardbaar hoog risico voor de maatschappij bleef vormen. Omdat deze TBS-gestelden dure plekken bezet hielden, zodat andere TBS-gestelden geen behandeling konden ondergaan, werd in Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht voor hun een aparte afdeling opgericht: de longstay. Op 1 april 1999 ging de afdeling met 22 patiënten van start. De nadruk ligt op de longstay-afdeling niet meer op behandeling van het gevaar van recidive, maar op zorg en begeleiding in een gesloten setting. Hoofddoel in de begeleiding is het verhogen van de kwaliteit van leven, binnen de geslotenheid van de TBS. Aanvankelijk werd door sommigen gevreesd voor escalaties op deze afdeling, bijvoorbeeld in de vorm van agressie, gijzelingen of suicide. Na vier jaar zien we dat dergelijke escalaties zijn uitgebleven. Vergeleken met menige behandelafdeling is het aantal incidenten laag. Alhoewel veel bewoners van de longstay moeite hebben met het perspectief van een langdurig verblijf op deze afdeling, zijn de meeste bewoners vooral opgelucht, omdat ze niet langer hoeven te voldoen aan de eisen die een TBS-behandeling stelt. Ze worden niet meer geconfronteerd met continue tegenslagen, faalervaringen of recidive. De meeste bewoners functioneren goed, sommigen zelfs beduidend beter dan toen ze nog op een behandelafdeling verbleven. De verwachting is dat meer van dit soort afdelingen zullen komen en dat in de toekomst een differentiatie zal worden ingevoerd voor verschillende subgroepen longstay-patiënten, om optimale zorg te kunnen blijven leveren.

Abstract

In the Netherlands, the court can adjudicate people suffering from mental disorders who commit serious crimes 'not criminally responsible'. These people are confined to a forensic facility to receive mandatory treatment, called TBS. During the mid nineties it became clear that some of these TBS patients did not improve from treatment, and still posed a threat to society. They occupied expensive beds while other patients could not get treatment. In Forensic Psychiatric Centre Veldzicht a special forensic ward was set up: the longstay facility. In April 1999, the longstay started with 22 patients. In the longstay, the emphasis is no longer on reducing the risk of re-offending, but on providing care and support in a secure setting. The main objective is to enhance the quality of life within the confinement of the TBS. Initially, some feared problems such as aggression, hostage situations or suicide. After three years we conclude that these escalations did not occur. The number of incidents is low, certainly compared to regular wards. Though the occupants find the idea of a long stay on this ward difficult to accept, most occupants are relieved because they no longer have to fulfil the demands of mandatory treatment. They are no longer confronted with continuous setbacks,

* E. DODDEMA is behandelingscoördinator longstay in Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht te Balkbrug. Correspondentieadres: F.P.C. Veldzicht, Ommerweg 67, 7707 AT Balkbrug. E-mail: e-doddema@home.nl.

failures or recidivism. Most occupants function well, some even better compared to when they were on the regular wards where they used to receive treatment. It is expected that more facilities of this type will be built and that a differentiation will be implemented in order to continue to provide the best care for subgroups of longstay patients.

Inleiding

Begin 1995 werden de Studiedagen TBS gehouden. Deze dagen stonden in het teken van het thema 'blijvende delictgevaarlijkheid' (Studiedagen TBS, 1995). In de daaraan voorafgaande jaren was steeds duidelijker geworden dat het aantal TBS-gestelden dat langdurig in de TBS verblijft, gestaag stijgt. Onder hen bevindt zich een groep bij wie langdurige behandelinspanningen niet tot een dusdanige afname van het risico van recidive heeft geleid dat vermindering van de beveiliging mogelijk is. Naar aanleiding van onder andere het rapport *Doelmatig behandelen* (Werkgroep forensische psychiatrie, 1996) kwam druk op het doelmatiger inzetten van financiële middelen ten behoeve van TBS-gestelden. De TBS is duur; het is daarom zaak het geld zo efficiënt mogelijk te besteden. Vlak voor het verschijnen van het rapport bracht Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht, gevestigd in het Overijsselse Balkbrug, haar rapport *Beveiligd wonen* uit (directie Veldzicht, 1995). In het bijzonder in Veldzicht was de nodige ervaring opgedaan met moeilijk behandelbare bewoners, van wie een deel tot aan hun overlijden in de kliniek zal worden verpleegd. In het rapport werden een zorgconcept en een formatiemodel voor een afdeling voor vóórtdurend delictgevaarlijke TBS-gestelden besproken. Met vóórtdurend delictgevaar wordt bedoeld dat ondanks intensieve behandeling nog steeds een hoog risico aanwezig is van ernstige recidive. De term 'chronisch' wordt vermeden, omdat die term een onveranderlijke staat impliceert. De mate van delictgevaar is gedeeltelijk gerelateerd aan eventuele nieuwe mogelijkheden van behandeling, maar ook aan de invloed van het ouder worden van de bewoner en daarmee gepaard gaande vermindering van fysieke conditie en vermogens.

In 1996 nam de Tweede Kamer een motie aan van de kamerleden Bremmer en Rehwinkel. In deze motie werd gevraagd voorstellen te doen voor een specifiek TBS-regime dat is toegesneden op vóórtdurend delictgevaarlijke TBS-gestelden. Naar aanleiding van bovenstaande werd de commissie Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke TBS-gestelden opgericht. De commissie kreeg de opdracht de genoemde motie concreet uit te werken. In 1998 kwam hun rapport *Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke TBS-gestelden* uit (Dienst Justitiële Inrichtingen, 1998). Kort samengevat was de conclusie dat in de TBS-klinieken nogal wat behandelresistente patiënten verblijven die nog wel delictgevaarlijk zijn en dure plaatsen bezetten, terwijl ze feitelijk geen (succesvolle) behandeling ondergaan. Belangrijkste aanbeveling was een differentiatie binnen de TBS, met een bijzondere plaats voor deze groep patiënten. Specifiek werd daarbij genoemd de afdeling longstay in Veldzicht, als een eerste concretisering van de differentiatie ten behoeve van deze populatie langdurig verpleegden. Daarbij werd de verwachting uitgesproken dat deze twintig plaatsen niet voldoende zouden zijn. Aanbevolen werd de longstay-afdeling van Veldzicht door middel van wetenschappelijk onderzoek te evalueren. Na drie jaar zou de afdeling worden geëvalueerd door het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het ministerie van justitie.

Dit artikel geeft een beeld van deze longstay-afdeling. Eerst worden de indicatiestelling en plaatsingsprocedure besproken. Daarna volgt een beschrijving van longstay zelf, van de vormgeving van de gebouwen tot en met de uitgangspunten in de benadering van de bewoners. Vervolgens beschrijf ik kort de huidige populatie en het dagprogramma. Het artikel besluit met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen van de afgelopen drie jaren en enkele verwachtingen die op basis van de ontwikkelingen naar voren zijn gekomen.

Indicatiestelling en plaatsing

Er zijn formele criteria opgesteld waar een TBS-gestelde aan moet voldoen, wil hij in aanmerking komen voor plaatsing op de longstay. In de eerste plaats moet hij ten minste zes jaar zijn behandeld, via minstens twee serieuze behandelpogingen, en wel opnames in verschillende klinieken. Verder moet gelden dat, ondanks deze pogingen, nog steeds een groot risico bestaat op het plegen van delicten en wel van dien aard dat opname in een niet-justitiële setting te grote risico's met zich mee brengt. Dit delict risico is volgens behandelaars met de bestaande behandelmethoden niet te reduceren. Met andere woorden: de TBS met verpleging wordt gezien als de minst restrictieve setting om enerzijds de maatschappij te beveiligen en anderzijds de patiënt optimale zorg te kunnen bieden. Als een TBS-gestelde aan deze criteria voldoet, kan de kliniek waar de betreffende TBS-gestelde wordt verpleegd, aan de minister vragen om een plaatsingsbeschikking, door middel van een beargumenteerd verzoek tot plaatsing op een longstay-afdeling. De patiënt wordt vervolgens ter observatie opgenomen in het Pieter Baan Centrum (PBC) te Utrecht. De observatie staat in het teken van de vraag wat de beste behandeling is voor deze TBS-gestelde, met daarbij specifiek aandacht voor de vraag of behandeling op dit moment nog zinvol is, of dat plaatsing op de longstay het beste alternatief is. Als het PBC de laatstgenoemde optie adviseert, kan de minister een beschikking voor plaatsing op de longstay afgeven. Tegen de beschikking van de minister kan beroep worden aangetekend bij de Centrale Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming.

Niet alle TBS-gestelden die aan de formele criteria voor plaatsing op een longstay voldoen, komen in aanmerking voor plaatsing op de longstay van Veldzicht. Ook de kliniek heeft criteria opgesteld. Op de longstay-afdeling is relatief weinig beveiliging. Bewoners (we spreken op de longstay niet langer over patiënten) moeten rustig in de groep kunnen leven; bewoners die erg agressief zijn en veel begeleiding en controle van de sociotherapie zouden vergen, worden niet opgenomen. Bovendien wordt gestreefd naar een laag *Expressed Emotion* (EE)-klimaat, dat wil zeggen dat de woonomgeving een rustige, weinig confronterende plek moet zijn waar de bewoners stabiel kunnen functioneren. Bewoners die regelmatig agressieve uitbarstingen hebben, verstoren dat klimaat. In de praktijk zou het opnemen van dergelijke moeilijke bewoners kunnen betekenen dat ze te veel op hun kamer moeten verblijven, waardoor de kwaliteit van hun behandeling te laag zou zijn. Het is de bedoeling dat bewoners van de longstay een actief leven kunnen leiden. In het dagprogramma is veel ruimte voor deelname aan arbeidstraining. Bewoners die dat door de ernst van de stoornis niet kunnen volhouden, worden niet opgenomen.

De longstay in Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht

Het gebouw

Op 1 april 1999 ging de longstay in Veldzicht van start. Er was een modern gebouw op het achterterrein geplaatst, ingericht voor langdurig, humaan en veilig verblijf. Het gebouw is rond van vorm met een ronde centrale ruimte voor het personeel in het midden. Feitelijk bestaat de longstay in Veldzicht uit twee identieke afdelingen; er loopt een muur door het gebouw die beide afdelingen scheidt. Als de bewoners buiten de werkuren op de afdeling zijn, staat de deur die beide afdelingen scheidt, open en kunnen de bewoners op beide helften komen. Vanuit de centraal gelegen personeelsruimte zijn beide afdelingen goed in één keer te overzien. Verder valt veel licht naar binnen, hetgeen de afdeling een vriendelijke, open sfeer geeft. Omdat het van belang wordt geacht dat de bewoners zo veel mogelijk activiteiten kunnen ontplooiën die de identificatie met de afdeling als woonomgeving versterken, ligt direct achter het gebouw een gemeenschappelijke tuin. Bewoners die dat willen en daarvoor toestemming hebben, kunnen daar hun eigen tuintje bijhouden en eventueel hun eigen groente kweken. Ook worden er bloemen en groente gekweekt die bewoners aan het personeel kunnen verkopen. Naast het gebouw ligt de gracht, met een zelf aangelegd terras waar bewoners kunnen vissen. Voor het gebouw ligt een veld waar de meeste bewoners een wandeling kunnen maken en waar soms voetbalwedstrijden of andere activiteiten worden georganiseerd.

Uitgangspunten

Primaire doelstelling van het verblijf op de longstay is het beveiligen van de maatschappij en het voorkomen van recidive. Veldzicht is een maximaal beveiligde instelling, de afdeling longstay is geplaatst op het binnenterrein. Het waarborgen van de veiligheid staat voorop in de ruimtelijke beveiliging en in de invulling van individuele begeleidingsplannen, inclusief verloven. De secundaire doelstelling is het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de individuele bewoner. Daarbij is preventie, het voorkomen van achteruitgang, een wezenlijk aandachtsgebied. Dat betekent dat de inspanningen vooral zijn gericht op het optimaliseren van de omstandigheden in de woonomgeving en de arbeidsvoorziening. Ook voor hobby's worden mogelijkheden geschapen, met aandacht voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de bewoner.

Het verlobbeleid voor de longstay is anders dan voor een reguliere afdeling. Onbegeleide verloven zijn niet mogelijk; begeleide verloven alleen voor bewoners die goed functioneren en die op korte termijn waarschijnlijk niet zullen vluchten of recidiveren. De bepaling hiervan geschiedt door de behandelingscoördinator en moet worden goedgekeurd door de staf en de directie en uiteindelijk door het ministerie van justitie. Het doel van de verloven op de longstay is niet, zoals op een behandelafdeling, toetsen van de progressie in de behandeling. Verloven staan in het teken van de kwaliteit van leven en een humane uitvoering van de TBS op een longstay-afdeling.

Zoals in heel Veldzicht, staat in de longstay het leertheoretisch paradigma centraal. Het begeleidingsplan is in gedragstherapeutische termen opgesteld; we stellen doelen en hanteren individueel bepaalde, gedragstherapeutische methodieken. Alle personeelsleden die met een bewoner te maken hebben, werken met dezelfde, voor

deze bewoner opgestelde methodiek. De behandelingscoördinator stelt in multidisciplinair overleg de begeleidingsplannen op en ziet erop toe dat behandelaars consequent met de bewoners aan de slag gaan. Verschil met een reguliere behandelafdeling is dat het doel van de begeleiding niet vermindering van het delict risico en resocialisatie is. De doelen en gehanteerde methodieken zijn gericht op kwaliteit van leven, het benutten van de restcapaciteiten, begeleiden van rouwprocessen en optimaal functioneren in deze woonomgeving. Daarbij staat een steunende, empathische benadering voorop.

Voor de meeste bewoners is het eerste doel stabiliseren en wennen aan de nieuwe omgeving. Op basis van informatie uit het dossier en door observatie op de longstay, maken we een analyse van sterke en zwakke punten. We spreken van gedragsoverschotten, bijvoorbeeld agressief (re-)ageren, en gedragstekorten, bijvoorbeeld een gebrek aan assertiviteit. Vervolgens formuleren we doelen, zoals het verminderen van verbale agressie of het aanleren van een assertieve opstelling. Er wordt gezocht naar de bij de individuele bewoner best passende methode om het doel te bereiken. De combinatie van doelen (het gaat in de regel om twee of drie gedragskenmerken) en methodiek wordt vervolgens in een begeleidingsplan verwerkt. Dit begeleidingsplan is voor alle medewerkers leidraad in de omgang met de bewoner en wordt jaarlijks (indien nodig vaker) geëvalueerd in een multidisciplinaire bespreking. De bewoner is daarbij aanwezig en heeft inbreng in de bespreking. Indien nodig wordt het begeleidingsplan bijgesteld. De gedragstherapeutische methodiek blijft ook bij deze groep bewoners nodig, omdat het gaat om mensen die lijden aan ernstige psychopathologie, waaronder veel complexe persoonlijkheidsproblematiek.

Sommige bewoners van de longstay maken een rouwproces door als ze worden geconfronteerd met hun persoonlijke, blijvende kwetsbaarheid en de consequentie van een langdurig verblijf op deze afdeling. Het aanvaarden van het feit dat een permanent verblijf binnen een maximaal beveiligde setting noodzakelijk is, is voor veel bewoners een zware opgave. Daarbij is professionele begeleiding en hulp vereist. Specifiek hebben de begeleiders aandacht voor de mogelijkheid van agressieve uitbarstingen of desperate acties in de vorm van gijzelingen of problemen met de rouwverwerking, zoals depressiviteit of suicidaliteit. Tevens letten ze op de neiging die sommige bewoners hebben om zich te isoleren van de rest van de groep, zeker als het wat slechter met ze gaat, of juist bondjes te vormen waarin ze verzet en negativisme cultiveren.

In de benadering van de bewoners gaan we uit van het handicapmodel. Bewoners zullen moeten accepteren dat ze lijden aan een blijvende handicap die het leven in de maatschappij onmogelijk maakt. De inspanningen zijn gericht op het aanspreken en stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid, binnen het kader van een langdurig verblijf. Hierbij is de rol van de sociotherapie van groot belang. In vergelijking met reguliere behandelafdelingen heeft de sociotherapie meer nadruk. De sociotherapie begeleidt de bewoners bij alle dagelijkse zaken, ook bij verloven. Sociotherapeuten onderhouden, in overleg met de bewoners, contacten met het externe sociale netwerk en instanties buiten de kliniek. Ook begeleiden zij de bewoners van en naar de arbeidstherapie. Doel is acceptatie van en identificatie met de omgeving als woon- en werkomgeving; de sociotherapie is daarvan onderdeel. De sociotherapeut is in principe continu aanwezig als aanspreekpunt. Elke bewoner heeft twee persoonlijke begeleiders. Sommige bewoners hebben wekelijkse gesprekken op vaste tijdstippen

om hun verhaal te kunnen doen over alledaagse zaken, maar ook over onderwerpen die te maken hebben met rouw, perspectiefverlies, verzet, enzovoort. Elke twee jaar wisselen de bewoners van mentoren; zo worden mogelijke overdrachtsverschijnselen ondervangen en blijven de contacten voor de bewoners gevarieerd.

Bij bewoners van de longstay wordt niet langer expliciet gewerkt aan vermindering van het delict risico. Omdat de psychopathologie na vele jaren behandeling niet afdoende onder controle is gekomen, is het niet aannemelijk dat dit op de longstay wel gebeurt. De verwachting is dat veel bewoners tot aan hun overlijden op de longstay zullen wonen. Desalniettemin staat de deur op een kier. Er zijn omstandigheden denkbaar die ertoe leiden dat een bewoner van de longstay vertrekt naar elders. In de eerste plaats moet een longstay-bewoner, zoals elke TBS-gestelde, elke twee jaar naar de rechtbank voor de beoordeling van de noodzaak van verlenging van de TBS. De kliniek schrijft een verlengingsadvies, waarin het verloop van de behandeling wordt beschreven. Er wordt een beargumenteerd advies uitgebracht over de noodzaak van verlenging van de TBS. De rechter kan de TBS (al dan niet conform het advies van de kliniek) beëindigen, waarna ofwel een andersoortig traject wordt gestart, of de TBS per direct wordt beëindigd. Ten tweede kunnen door ontwikkelingen op het gebied van behandeling nieuwe mogelijkheden ontstaan om het delict risico bij een bewoner te verminderen. Een voorbeeld is de ontwikkeling van een nieuwe generatie zogenaamde libidoremmers. Dit zijn hormoonpreparaten die bij sommige seksueel-delinquenten de kans op recidive aanmerkelijk zouden verminderen. Soortgelijke medicijnen, bijvoorbeeld Androcur, bestaan al langer, maar het probleem was altijd hun soms ernstige bijwerkingen, zoals (pijnlijke) borstvorming of botontkalking (Gijs & Gooren, 1994). De laatste jaren zijn verfijndere varianten op de markt gekomen, bijvoorbeeld Lucrin en Zoladex. Deze varianten leveren minder of mildere bijwerkingen (Reilly, Delva, & Hudson, 2000). In de derde plaats is het denkbaar dat sommige bewoners door ouderdom of lichamelijke ziekte zoveel minder in staat zijn een delict te plegen, dat behandeling op de longstay, dat wil zeggen in het kader van een TBS, niet langer nodig is.

Kenmerken van de bewoners

Er zijn twintig bedden beschikbaar, tien op elke afdeling. Deze zijn allen bezet. Er zijn twee bedden overtalig en één kamer dient als time-outkamer. De gemiddelde leeftijd van de bewoners (op beide afdelingen) is 47 jaar. Wat betreft psychopathologie van de huidige longstay-bewoners in Veldzicht: negentien bewoners lijden aan een stoornis op as-I van de DSM-IV (APA, 1994; met name psychotische stoornissen, pedofilie en middelenmisbruik en in mindere mate depressieve of bipolaire stoornissen). Eén bewoner is licht verstandelijk gehandicapt en dertien zijn zwakbegaafd. Alle twintig bewoners lijden aan een ernstige persoonlijkheidsstoornis. De persoonlijkheidsstoornissen betreffen het zogenaamde B-cluster (antisociale, borderline, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis). Enkele bewoners vertonen overwegend schizoïde en angstkenmerken. Vier bewoners lijden aan een organisch psychosyndroom: aangeboren afwijkingen of de gevolgen van een ernstig hersentrauma. De cijfers laten zien dat de meeste bewoners op de longstay in Veldzicht lijden aan verschillende stoornissen tegelijk. Over de delicten waarvoor de TBS werd opgelegd: zeven bewoners werden tot TBS veroordeeld na het plegen van pedoseksuele delicten: ontucht, verkrachting en misbruik van minderjarige kinderen, en zes wegens

verkrachting en aanranding. Dit houdt in dat dertien van de twintig bewoners wegens seksuele delicten werden veroordeeld. Zes bewoners werden veroordeeld wegens dodingsdelicten. Verder zijn mensen veroordeeld wegens brandstichting, diefstal, afpersing en mishandeling. Veel bewoners zijn voor meer dan een type delict veroordeeld. Combinatie van bovenstaande gegevens levert het volgende beeld op van de 'doorsnee' longstay-bewoner in Veldzicht: veroordeeld wegens een (pedo-)seksueel of dodingsdelict, lijdend aan verschillende stoornissen op as-I en as-II, zwakbegaafd en met een lange geschiedenis van intensieve behandeling in justitiële en niet-justitiële instellingen.

Het dagprogramma

Voor het grootste gedeelte van de bewoners geldt een vast dagprogramma. Om 07.15 uur worden de deuren van de kamers van het slot gedaan. De bewoners hebben tijd om zich te wassen en te verzorgen en kunnen op de afdeling met medebewoners en personeel ontbijten. Om 08.00 uur worden ze naar de arbeidssetting gebracht. Sommige bewoners functioneren binnen de structuur van de kliniek dermate goed dat ze over een pasje beschikken waarmee ze zelf naar hun arbeidssetting kunnen gaan. Dit geldt bijvoorbeeld voor twee bewoners die in de personeelskantine werken. Het uitgangspunt is altijd de bewoners zo veel mogelijk autonomie te geven. Bewoners die niet willen werken maar wel kunnen, worden in hun kamer opgesloten. Bewoners die ziek zijn, worden ziekgemeld en kunnen op de afdeling blijven. Om 11.30 uur keren de bewoners terug naar de afdeling, om 12.00 uur wordt daar warm gegeten. Enkele personeelsleden eten mee. Als een bewoner dat wil, kan hij op zijn kamer eten. Bewoners doen samen met het personeel de afwas en kunnen daarna tot 13.30 uur iets voor zichzelf doen. Sommige bewoners benutten deze tijd om even te rusten. Om 13.30 uur gaan ze weer naar de arbeidssetting, hier werken ze tot 16.30 uur, waarna ze weer naar de afdeling terugkeren, begeleid door het afdelingspersoneel. De ochtend en de middag bestaan uit twee blokken van anderhalf uur, tussen beide blokken is een kwartier pauze. Als de bewoners weer op de afdeling zijn teruggekeerd, nuttigen ze een gezamenlijke broodmaaltijd. De rest van de avond hebben ze voor zichzelf. Tenzij daarvoor een contra-indicatie bestaat, kunnen ze buiten de afdeling een wandeling maken, gaan vissen in de gracht (waar geregeld een beste vis wordt gevangen), in de moestuin bezig gaan of een spelletje doen. Op de afdeling is ook een hobbyruimte waar de bewoners kunnen knutselen of dingen kunnen maken voor in hun kamer of voor familieleden. Om 21.30 uur worden ze ingesloten in hun kamer.

Al vrij snel na de start van de afdeling bleek dat oudere bewoners en mensen met weinig draagkracht door hun psychische problemen het reguliere programma niet konden volhouden. Voor hen werd het dagprogramma aangepast. Dat programma ziet er als volgt uit. 's Morgens volgen ze een blok 'activiteiten van het dagelijkse leven', dat wil zeggen het schoonhouden van de persoonlijke leefomgeving en de lichamelijke hygiëne. Dan volgen ze een blok aangepaste arbeid, dat is arbeid waarvan de werkdruk laag wordt gehouden. Na de middag volgt een blok rust en nog een blok aangepaste arbeid. Uitgangspunt bij de arbeidstherapie is dat de bewoners zo veel mogelijk activiteiten doen ten dienste van het gebouw, het personeel en de bewoners. Ze werken bijvoorbeeld in de wasserij, de kantine, het activiteitencentrum en de civiele dienst. Het doel is ook hier de identificatie met de kliniek als woonomgeving te verhogen. Sinds kort heeft een bewoner bijvoorbeeld een betaalde baan gekregen als reiniger van het gebouw, een

functie die normaal door de civiele dienst wordt ingevuld. Deze bewoner is nu actief bezig met zijn eigen woonomgeving, wordt ervoor betaald en krijgt complimenten voor zijn inzet en het resultaat. Hij ontleent hieraan zelfwaardering en status als degene die verantwoordelijk is voor de uiterlijke staat van het gebouw.

Ervaringen in de eerste vier jaar

Toen in de loop van de jaren negentig de longstay als structurele oplossing voor de in de inleiding genoemde problemen naar voren kwam, waren sommige mensen sceptisch. De bedenkingen hadden onder andere betrekking op het gevaar dat de longstay een gelegitimeerde vorm van levenslange opsluiting zou worden voor lastige patiënten. Ook waren er bedenkingen over de beheersrisico's. De gedachte was: je zet twintig TBS-gestelden met zware psychopathologie bij elkaar en ontnemt ze elk perspectief. In zo'n situatie zou het wachten zijn op ernstige escalaties vanuit de gedachte: 'Ik heb nu echt niets meer te verliezen'. Gevreesd werd voor ernstige incidenten in de vorm van agressie, gijzelingen en zelfmoord.

Inmiddels bestaat de longstay vier jaar. De officiële conclusie van het ministerie moet nog worden afgewacht. De evaluatie door het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum wordt in de eerste helft van 2003 verwacht. Maar de bevindingen in Veldzicht zijn positief, zeker afgezet tegen de scepsis bij sommigen vóór de implementatie. Veel bewoners waren zelfs opgelucht toen ze eenmaal op de longstay geplaatst waren. Alle bewoners hebben een lange historie van moeizame behandeling, mislukte resocialisaties, terugval en recidive. Op de longstay is vaak voor het eerst sinds jaren de druk van de ketel – ze hoeven niet meer. Sommige bewoners functioneren door de afwezigheid van behandeldruk, de afwezigheid ook van voortdurende strijd met behandelaars, beter dan toen ze nog op een behandelafdeling verbleven. De afdeling is nadrukkelijk gericht op een steunend klimaat, waarin veel aandacht is voor het individu. Natuurlijk hebben bewoners ook nu moeilijke perioden waarin ze nadenken over wat allemaal is misgegaan. Het behandelteam is alert op tekenen van rouw, depressiviteit of juist agitatie als gevolg van dit proces. Tot nu toe hebben zich relatief weinig problemen voorgedaan, zeker als men de ernst van de psychopathologie en de aanwezige risicofactoren voor delictgedrag beschouwt. Hoewel een en ander systematisch moet worden onderzocht, is de indruk dat vooral de combinatie van stevige structuur en afwezigheid van behandeldruk veel bewoners goed doet.

Sinds de start in 1999 is vijfmaal door een bewoner bij de Centrale Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming een beroepsprocedure tegen plaatsing op de longstay ingesteld. Viermaal werd het beroep ongegrond verklaard. Eenmaal werd de TBS-gestelde op formele gronden in het gelijk gesteld. In dit geval kwam de Centrale Raad tot de conclusie dat hij niet aan de eis van ten minste zes jaar TBS-behandeling had voldaan. Eén bewoner is overleden aan een somatische ziekte. Eén bewoner heeft na een lange periode van (rand-) psychotisch functioneren kans gezien zichzelf het leven te benemen. Verder hebben drie bewoners zich tijdens een begeleid verlof aan het toezicht onttrokken. Allen zijn uit zichzelf in de kliniek teruggekeerd, niemand van hen had opnieuw een delict gepleegd. Wel is na deze drie incidenten het verlofbeleid nog eens goed onder de loep genomen en, waar nodig, scherper gesteld. Behalve deze

gebeurtenissen hebben zich in de afgelopen vier jaar geen ernstige incidenten voorgedaan.

Toekomstverwachtingen

De Nederlandse TBS-maatregel is uniek in de wereld. In de Verenigde Staten kampt men met ongeveer dezelfde problemen met recidiverende delinquenten met psychische aandoeningen. In de staat Maryland, bijvoorbeeld, wordt onderscheid gemaakt tussen plegers van ernstige en minder ernstige delicten. De eerste groep komt globaal overeen met de groep die in Nederland TBS krijgt. Deze delinquenten worden vaak in een maximaal beveiligde forensische overheidsinstelling geplaatst. De tweede groep wordt doorgaans door de rechter geplaatst in een regionale forensische kliniek. Doorstroom naar de reguliere zorg levert bij deze groep in de regel weinig problemen. Bij de plegers van ernstige delicten komt het vaak voor dat ze weer in de problemen komen doordat ze de nodige specifieke zorg ontberen en weer delicten gaan plegen (Moran, Fragala, Wise, & Novak, 1999). Zo blijven ze terugkomen in de maximaal beveiligde klinieken. De vergelijking met de longstay-populatie in Nederland valt niet zomaar te maken, maar er is wel overlap. Hoe dan ook lijkt ook in de Verenigde Staten het probleem te bestaan van geestelijk gestoorde, recidiverende delinquenten, die niet uit de molen van terugkerende veroordelingen en plaatsingen in zwaar beveiligde klinieken komen.

In Nederland is gekozen voor een structurele aanpak van dit probleem. De ervaringen in Veldzicht zijn na vier jaar longstay positief. Gevoegd bij het gegeven dat verspreid over TBS-klinieken in Nederland diverse TBS-gestelden verblijven bij wie geen enkele, of in elk geval onvoldoende progressie wordt gezien in de behandeling en bij wie onverminderd risico bestaat op het plegen van ernstige delicten, geeft dit het nut van dit soort afdelingen aan. Op dit moment wordt gewerkt aan longstay-voorzieningen in andere klinieken. Zoals gezegd zijn er TBS-gestelden die weliswaar nog gevaarlijk zijn en aan de formele criteria voldoen, maar die niet in Veldzicht op de longstay opgenomen kunnen worden. Het gaat bijvoorbeeld om bewoners van een intensieve zorgafdeling, die veel begeleiding nodig hebben. Voor deze groep, maar wellicht ook voor 'longstayers' die relatief zelfstandig kunnen wonen, zal in de toekomst andersoortige voorzieningen moeten worden gebouwd: een differentiatie binnen de populatie longstay-bewoners. Voor de eerste groep kan gedacht worden aan een kleinschalige afdeling waar de bewoners veel begeleiding krijgen. Voor de tweede groep aan wooneenheden waar twee of drie TBS-gestelden relatief zelfstandig wonen. In Veldzicht bestaan plannen om binnen de beveiliging van de kliniek dergelijke wooneenheden te bouwen. Zeker is in elk geval dat in de TBS patiënten worden verpleegd bij wie behandeling niet tot afname van het risico van recidive leidt. Het is aan de maatschappij moeilijk uit te leggen waarom deze bewoners elke dag veel geld kosten, terwijl geen vooruitgang wordt geboekt. De prijs per dag per patiënt ligt beduidend lager op een longstay-afdeling dan op een reguliere behandelafdeling, waar meer staf is en meer therapieën worden gegeven. De directe bedgerelateerde kosten zijn voor een reguliere behandelplaats circa 258 euro, voor een longstay plaats is dat 176 euro.

Is longstay in feite levenslange TBS? Voor sommige TBS-gestelden zal dat gelden – dat was al zo voordat de longstay bestond. Gezien de ontwikkelingen die aanleiding hebben gegeven tot implementatie van de longstay, is aannemelijk dat het zo zal blijven. Geldt

dat voor alle TBS-gestelden die op de longstay worden geplaatst? Dat weten we nog niet. Het is na vier jaar longstay wel duidelijk dat een aantal bewoners beter functioneert dan in de jaren op een reguliere behandelafdeling. Het is mogelijk dat sommige bewoners in de loop van de jaren dermate stabiel zullen functioneren, dat uiteindelijk plaatsing naar een minder restrictieve setting, al dan niet onder de vlag van de TBS, mogelijk is. Gezien de ernst van de stoornissen is het niet waarschijnlijk dat het om veel bewoners zal gaan.

Ten slotte rest de opmerking dat het de professionele plicht van de behandelaars in het TBS-veld blijft om ontwikkelingen bij te houden die bewerkstelligen dat bewoners van de longstay alsnog profiteren van een behandeling. Als voorbeeld is genoemd de ontwikkeling van farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Als een TBS-gestelde opgenomen kan worden in een niet-justitiële setting, verdient dat de voorkeur. Het is de realiteit dat een aantal mensen blijvende beveiliging nodig heeft, evenals gerichte zorg in verband met hun vaak ernstige psychopathologie.

Referenties

- APA, American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth edition). Washington DC: APA.
- Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie (1998). *Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke TBS-gestelden*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Directie F.P.C. Veldzicht (1995). *Beveiligd wonen, zorg voor chronisch TBS-gestelden via uitbreiding van de Rijksinrichting Veldzicht*, intern stuk. Balkbrug: FPC Veldzicht.
- Gijs, L., & Gooren, L. (1994). Hormonale en Psychofarmacologische Interventies in de Behandeling van Parafilieën. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 18, 56-71.
- Moran, M.J., Fragala, M.R., Wise, B.F., & Novak, T.L. (1999) Factors Affecting Length of Stay on Maximum Security in a Forensic Psychiatric Hospital. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 262-274.
- Reilly, D.R., Delva, N.J., & Hudson, R.W. (2000). Protocols for the use of Cyprotone, Medroxyprogesteron, and Leuprolide in de the Treatment of Paraphilia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 559-563.
- Studiedagen TBS (1995). *Blijvende Delictgevaarlijkheid*. Verslag studiedagen TBS maart 1995.
- Werkgroep forensische psychiatrie (1996). *Doelmatig Behandelen*. Den Haag: Ministerie van Financiën in samenwerking met Bureau Heroverweging.