



Long-Care, the Missing Link!

De eerste GGz Long-Care afdeling is een feit. Deze afdeling is onder verantwoordelijkheid van Theo van Luyten, directeur van de Woenselse Poort, tot stand gekomen. Op dinsdag 14 december 2010 is het symposium 'Long-Care, the Missing Link' georganiseerd om dit te vieren en tevens ter gelegenheid van het feit dat Theo van Luyten zijn functie als directeur van De Woenselse Poort neerlegde.

De gelegenheid vond plaats op een artistieke en inspirerende locatie in Eindhoven: het Van Abbemuseum. Diverse sprekers zoals advocaat de heer T.P. Klaasen, hoogleraar Forensisch Geestelijke Gezondheidszorg mevrouw Ch. van Nieuwenhuizen en emeritus hoogleraar Forensische Psychiatrie de heer B.C.M. Raes reflecteerden op de vragen: Kun je mensen met psychiatrische problematiek wel rechtstreeks vanuit een forensische of penitentiaire instelling in laten stromen in de reguliere GGZ? Is dit geen aanleiding tot recidiveren? Wordt door de maatschappelijke druk in reactie daarop de weg naar een Long-Stay niet te makkelijk gekozen. Vormt een GGZ-Long-Care-afdeling een goede overbrugging van forensische naar reguliere psychiatrie?

Uit de presentaties bleek dat de tijd moet leren welke personen op de Long-Care afdeling terecht zullen komen. Van Gemert¹ ziet in ieder geval geen asiel functie voor de forensische GGz, maar eerder een functie in de bescherming van de maatschappij. Hij verwacht niet dat er tbs-patiënten op de Long-Care afdeling komen, er is namelijk al genoeg tbs-capaciteit, ook op de longstay afdelingen. Welke personen er dan wel komen, dat vraagt hij zich af.

Van Montfoort² geeft aan dat er chronisch psychiatrische cliënten met ernstig ontwrichtend gedrag op de Long-Care afdeling geplaatst zullen worden. Het gaat zowel om cliënten met een justitiële titel, zoals bijvoorbeeld TBS, maar ook om cliënten met een civielrechtelijke maatregel die gezien hun problematiek een beveiligde behandelomgeving nodig hebben. De combinatie van psychiatrische stoornissen die cliënten op een Long-Care afdeling hebben (ontwikkelingsstoornis, chronisch psychiatrische stoornis, verslaving en antisociaal gedrag) wordt met bepaalde, bij de stoornis passende methoden behandeld. Disease management wordt ingezet als risicomangement.

Klaasen³ spreekt zijn zorgen uit over het feit dat de longstay een wettelijke basis ontbeert en een 'maatregel' is op basis van een beleidskader van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dit gebrek aan legitimiteit heeft volgens hem een negatieve invloed op het concept longstay. Het is daardoor politiek erg gevoelig.

Klaassen gaat in op de vraag of de Long-Care een functie kan vervullen in verbetering van trajecten. Hij heeft als advocaat een aantal cliënten die in de tbs, waarvan een aantal op een longstay afdeling, die hij graag overgeplaatst ziet worden naar de Long-Care afdeling. Hij is van mening dat personen met As I problematiek volgens de DSM-criteria thuishoren in de GGz en niet in de TBS. Volgens hem is de TBS aangewezen voor personen met AS II problematiek.

¹ Dhr. mr. drs. G. van Gemert, directeur Forensische Zorg Dienst Justitiële Inrichtingen

² Dhr. R. van Montfoort, directeur behandelzaken De Woenselse Poort

³ Dhr. mr. drs. Ing. T.P. Klaasen, advocaat

Van Nieuwenhuizen⁴ pleit ervoor dat beheersproblemen gekoppeld worden aan stoornissen en niet aan de justitiële titel. In de praktijk blijken de patiënten met een art. 37Sr maatregel niet zoveel te verschillen van de patiënten met een titel op basis van de Wet BOPZ.

Van Nieuwenhuizen doet samen met Bogaerts onderzoek naar de mogelijkheid om patiënten in te delen in latente klassen analyse in plaats van DSM-classificatie. De methode die hierbij gebruikt wordt is de percent centered approach. Er wordt bekeken welke patiënten dezelfde scoringsuitkomsten hebben om te zien of een indeling in latente klassen mogelijk is.

Raes⁵ sluit de dag af en praat over de inrichting van behandelmilieus. Hij mist in de uitgebreide differentiatie binnen tbs-instellingen een afdeling voor zogenaamde first offenders. Dit zijn personen die na het plegen van een delict voor het eerst in aanraking zijn gekomen met justitie. Volgens Raes is bijna 30% van de tbs-populatie first offender. Verder pleit Raes voor een triage; een commissie die over in-, door- en uitstroom beslist en criteria ontwikkelt waarop die beslissing gebaseerd wordt. Wanneer je vervolgens aan die criteria vasthoudt biedt je perspectief voor de patiënt. Een van die criteria zou commitment kunnen zijn. Door een sociotherapeut als mentor aan te wijzen kan de patiënt overtuigd worden van de noodzaak tot behandelen en zo commitment creëren.

Al met al een interessante dag waarbij veel visies over de invulling van de rol van de Long-Care afdeling aan bod zijn gekomen. Overeenstemming was er nog niet, maar de tijd zal leren welk soort personen er op de Long-Care afdeling behandeld gaan worden. Dat de afdeling een brugfunctie kan slaan tussen de TBS en GGz is echter wel duidelijk.

⁴ Mevr. prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen, hoogleraar Forensische Geestelijke Gezondheidszorg

⁵ Dhr. prof. dr. B.C.M. Raes, emeritus buitengewoon hoogleraar Forensische Psychiatrie