



Landelijke Adviescommissie Plaatsing
Longstay Forensische Zorg
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Verslag

Seminar 9 december 2016

‘Longstay: advisering en vervolg’

De Zilveren Vosch te Utrecht

'Longstay: advisering en vervolg'

**Verslag
Seminar 9 december 2016**

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Presentatie mr H.G. Leentvaar-Loohuis , secretaris Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg	7
Hoofdstuk 2 Presentatie dr B.H. Bulten , hoofd diagnostiek, onderzoek en opleiding bij FPC De Pompestichting en senior onderzoeker bij de Radboud Universiteit.	23
Hoofdstuk 3 Presentatie drs. P.C Braun , Clustermanager Patiëntenzorg Langdurig Forensisch Psychiatrische Zorg bij FPC De Pompestichting	39
Hoofdstuk 4 Presentatie drs. GA. van den Nagel , locatiemanager De Voorde, en mw. E. Bischoff , hoofd behandeling transmurale zorg bij De Voorde	51
Hoofdstuk 5 Presentatie drs. J. Thomsen , behandelcoördinator bij het Kempehuis van FPC De Pompestichting	63
Hoofdstuk 6 Plenaire discussie	69

Inleiding

Naar aanleiding van de interne evaluatie van de LAP van oktober 2013 is destijds aangegeven dat het in het kader van zelfreflectie en lerend vermogen aanbeveling verdient dat de LAP periodiek de adviezen evalueert, om te zien of er zich bij de uitvoering knelpunten voordoen. In aansluiting op de afspraken die zijn gemaakt in het Manifest van Lunteren, is het van belang om te voorkomen dat procedures niet goed op elkaar aansluiten en er impasses ontstaan in de individuele trajecten. Dit vraagt om een zorgvuldige evaluatie van de advisering en een goede afstemming tussen de ketenpartners. Voor alle partijen is het van belang om de advisering en besluitvorming goed te monitoren en te onderzoeken wat we hiervan mogelijk kunnen leren en meenemen voor de toekomst.

Een eerste stap was om middels een patiëntenonderzoek in kaart te brengen hoe de trajecten van de patiënten zijn gelopen in de zaken, die sinds de start van de LAP nieuwe stijl en de periodieke herbeoordelingen per 1 februari 2011 zijn behandeld. In de periode van 1 februari 2011 tot 1 juli 2016 heeft de LAP in totaal 238 patiënten gezien in het kader van een nieuwe aanvraag LFPZ, een periodieke herbeoordeling of een verzoek tot opheffing. Middels een patiëntenonderzoek is in kaart gebracht hoe de LFPZ procedure van de patiënten de afgelopen vijf jaar is verlopen en met welk resultaat.

De onderzoeksresultaten zijn tijdens een seminar op 9 december 2016 gepresenteerd. Diverse betrokken ketenpartners hebben tijdens het seminar op de onderzoeksresultaten gereageerd, over hun ervaringen bericht en gereflecteerd op opvallende bevindingen en mogelijke knelpunten. Het verslag van deze bijeenkomst treft u hierbij aan.

Hoofdstuk 1

Presentatie mr H.G. Leentvaar-Loohuis

Secretaris Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg



Evaluatie

Landelijke Adviescommissie
Plaatsing Longstay
Forensische Zorg

Ellen Leentvaar-Loohuis
Secretaris

2016



Onderwerpen

1. Algemene cijfers LAP
2. Onderzoek verblijfplaats
3. Onderzoek verlofmachtiging
4. Knelpunten uitstroom
5. Voorwaardelijke beëindigingen en einde tbs
6. Diagnostiek
7. Knelpunt in uitvoering
8. Voorlopige conclusies
9. Vragen t.b.v. discussie

2

LAP en LFPZ | 2016



Algemene cijfers LAP adviezen

Periode van 1 februari 2011 tot 1 juli 2016

Nieuwe aanvragen LFPZ

	Advies afwijzing	Advies toewijzing
2011-2012	10	4
2013	4	5
2014	7	5
2015	4	4
2016 (tot 1 juli)	4	7
Totaal	29	25



Toelichting:

Drie contraire beslissingen DIZ bij advies tot afwijzing (*twee ongewenst vreemdelingen*).

Geen contraire beslissingen DIZ bij advies tot toewijzing

Conclusie: instroom van 28 nieuwe LFPZ patiënten in de onderzoeksperiode.

NB: bij 5 patiënten van de nieuwe instroom heeft de LAP bij een herbeoordeling in de volgende periode al weer geadviseerd tot opheffing. Bij 3 van deze patiënten heeft DIZ het advies gevolgd en in 2 zaken is de LAP nog in afwachting van de beslissing.



Algemene cijfers LAP adviezen

Periode van 1 februari 2011 tot 1 juli 2016

Periodieke en tussentijdse herbeoordelingen

	Advies voortzetten	Advies opheffen
2011-2012	111	37
2013	22	18
2014	31	4
2015	48	13
2016 (tot 1 juli)	12	6
Totaal	224 (74%)	78 (26%)



Toelichting:

Drie contraire beslissingen DIZ bij advies tot opheffing (één vreemdeling waarbij later alsnog is besloten tot opheffing).
(NB + één contraire beslissing in september 2016)

Geen contraire beslissingen DIZ bij advies tot voortzetting.



Adviezen tot opheffing bij herbeoordeling (78):

	Contrair aan FPC	Contrair aan MD
2011-2012	25	6,5*
2013	11	1
2014	2	1
2015	6	2
2016 (tot 1 juli)	6	3
Totaal	50	13,5

* Contrair aan één van de MD rapporteurs



Algemene cijfers LAP adviezen

Periode van 1 februari 2011 tot 1 juli 2016

Verzoeken tot opheffing

	Advies voortzetten	Advies opheffen
2011-2012	12	12
2013	0	2
2014	0	2
2015	0	2
2016 (tot 1 juli)	0	1
Totaal	12	19



Algemene cijfers LAP adviezen

Periode van 1 februari 2011 tot 1 juli 2016

Conclusie:

Uitstroom van 95 patiënten in de onderzoeksperiode



Evaluatie onderzoek

De LAP heeft **238 patiënten** gezien in de periode van 1 februari 2011 tot 1 juli 2016 in het kader van een nieuwe aanvraag longstay, een periodieke herbeoordeling of een verzoek tot opheffing.

Er is onderzoek verricht (in augustus 2016) naar:

- Verblijfplaats
- Verlofmachtiging
- Knelpunten bij uitstroom
- Diagnostiek



Feitelijke verblijfplaats

In de LFPZ: 105

Buiten de LFPZ: 115

- In FPC (behandel- of resoafdeling): 51
- In Veldzicht: 8 (2 met VB)
- In De Voorde: 17
- In beschermd wonen: 12
- In zelfstandige woning: 11
- In TMV voorziening FPC: 5
- In verpleeghuis/ ouderenzorg: 5
- In FPA: 4
- In longcare Woenselse Poort: 1
- Onbekend (einde tbs): 1



Overleden

Aantal overleden patiënten: 18 (7,5% van geziene patiënten)

In de LFPZ overleden: 9

Buiten de LFPZ overleden: 9

- 1x tijdens ongeleid verlof
- 7x tijdens transmuraal verlof
- 1x tijdens voorwaardelijke beëindiging



Verlofmachtiging

Geldende verlofmachtiging in augustus 2016 (of ten tijde van overlijden)

In de LFPZ:

Geen verlof: 66

Begeleid: 39

13

LAP en LFPZ | 2016



Verlofmachtiging

Buiten de LFPZ:

Geen verlof: 31

Begeleid verlof: 23

Onbegeleid verlof: 11

Transmuraal verlof: 45

Proefverlof: 3

Voorwaardelijke beëindiging: 16

Einde tbs: 4

➤ 52% extramuraal in fase van transmuraal verlof en verder

14

LAP en LFPZ | 2016



Advies LAP (opheffing of afwijzing) contrair aan FPC

Contrair	Ja	Nee
Geen verlof	17	11
Begeleid	15	2
Onbegeleid	7	4
Transmuraal	19	26
Proefverlof	3	0
VB	8	8
Einde tbs	2	2

15

LAP en LFPZ | 2016



Redenen geen verlof

Onderzoek naar de 28 patiënten die buiten de LFPZ verblijven en die thans niet over een verlofkader beschikken.

- In afwachting van plaatsing in de LFPZ na toewijzing van de longstay aanvraag: 8
- Ongewenst vreemdeling: 5
- Recente afwijzing longstay aanvraag dan wel opheffing longstay t.b.v. nieuwe behandel- c.q. resopoging: 5
- Hervatting dwangverpleging na VB: 3
- Verlof ingetrokken na strafbaar feit: 1
- Afwijzing AVT/ onduidelijkheid diagnose (advies PBC): 1

16

LAP en LFPZ | 2016



Redenen geen verlof

- Aanvraag verlof in behandeling: 1
- Lopende strafzaak wegens poging doodslag: 1
- 1 jaar geen verlof na ongeoorloofde afwezigheid: 1
- Impasse/ weigering van behandeling: 1
- Langzame progressie op RI-afdeling: 1

17

LAP en LFPZ | 2016



Knelpunten in traject

Onderzoek naar negen zaken waarbij in de periode van 2011 tot en met 2013 de LFPZ status is opgeheven dan wel waarin de LFPZ is afgewezen en waarin de patiënten nog niet verder zijn dan begeleid verlof. In alle negen zaken heeft de LAP bij het advies de aanbevelingen van de externe rapporteurs en/of het PBC gevolgd (ondanks de bedenkingen van FPC).

Belangrijkste redenen voor traagheid traject/ knelpunten in traject:

- In drie zaken hebben zich incidenten voorgedaan. In één zaak fors seksueel grensoverschrijdend gedrag naar vrouwen. In één zaak tijdens begeleid verlof onttrekking aan het toezicht en oplichting van een escort (maatregel een jaar geen verlof + aangifte van oplichting). En in één zaak was sprake van telefonisch stalkgedrag richting een vrouw, seksueel grensoverschrijdend gedrag naar medepatiënten en het bestellen van medepatiënten.

18

LAP en LFPZ | 2016



Knelpunten in traject

- Gelet op de ernstige problematiek en beperkte leerbaarheid c.q. het beperkte ziekte-inzicht en -besef beklijft de behandeling in veel van de zaken niet of heel langzaam. Daarom zijn het langdurige trajecten.
- In vier zaken blijkt betrokkene gelet op de aard van de pathologie en de blijvend hoge delictgevaarlijkheid aangewezen op veel externe controle, ondersteuning en risicomangement, waarbij het moeilijk is om een passende vervolgvoorziening te vinden.

In twee overige zaken waarin de patiënt nog niet verder was dan begeleid verlof heeft de verlengingsrechter een VB uitgesproken, waarbij in één zaak inmiddels sprake is van einde van de tbs maatregel.



Mislukte trajecten

In drie zaken is na opheffing van de longstay status c.q. afwijzing van de longstay aanvraag een nieuwe longstay aanvraag ingediend en ook toegewezen.

1. Verzoek tot opheffing van 16-11-2011 gehonoreerd voor plaatsing in De Voorde. Op 18-03-2013 nieuwe aanvraag LFPZ wegens meerdere ernstige geweldsincidenten en onvoldoende structurele rust en voorspelbaarheid in het functioneren. Toegewezen.
2. Herbeoordeling LFPZ 11-02-2011. Kliniek: voortzetten. MD: opheffen t.b.v. FPK. T.a.v. schizofrenie is niet een optimaal resultaat bereikt. LAP: opheffen t.b.v. afdeling met expertise psychosebehandeling, alsmede voor motivatie en psycho-educatie gericht op medicatiegebruik. Op 26-02-2013 nieuwe aanvraag LFPZ wegens steekincident naar personeel. Toegewezen.



Mislukte trajecten

3. Aanvraag LFPZ 23-04-2010. MD: afwijzen. Ongunstige prognose maar slechts één jaar behandeld in kader van tbs. Nog niet te voorzien of sprake is van blijvende delictgevaarlijkheid. LAP: afwijzen. Op 18-02-2016 nieuwe aanvraag LFPZ. Er blijft een hoog risico op agressie naar personen vanuit psychotische belevingen. Hierdoor kunnen geen vervolgstappen in de behandeling worden genomen. MD: toewijzen, hele protocol voor behandeling schizofrenie is doorlopen. LAP: toegewezen.



Voorwaardelijke beëindigingen

16 voorwaardelijke beëindigingen in de onderzoeksperiode.

Redenen:

- 12x verminderd recidiverisico en VB passend in het traject.
- 2x onder voorwaarde van plaatsing bij een FPA dan wel een psychiatrisch ziekenhuis in Istanbul.
- 1x vanwege proportionaliteit en subsidiariteit (ten tijde van onbegeleid verlof). Plaatsing op Overig Forensische Zorg afdeling lijkt meest aangewezen stap.
- 1x was er sprake van een behandelimpasse, maar betrokkene is bereid zich aan afspraken te houden (ten tijde van begeleid verlof).



Einde tbs

In 4 zaken is de tbs maatregel beëindigd in de onderzoeksperiode.

Redenen:

- In 2 zaken is een BOPZ machtiging afgegeven voor plaatsing in een GGz instelling.
- In 1 zaak werd de tbs maatregel niet langer van toegevoegde waarde geacht. De proportionaliteit speelde hierbij eveneens een rol.
- In 1 zaak heeft het OM geen verlengingsvordering ingediend. (waarschijnlijk i.v.m. met de omstandigheid dat betrokkene ongewenst verklaard is).



Diagnose

	Toew/Voortzetting	Afw/Opheffing
ASS	24	9
Pedofilie	21	17
Zeden overig	9	27
Schizofrenie	47	26
Psychotisch overig	10	11
Middelen	68	83
Cluster A	5	4
Cluster B	69	83
Cluster C	8	11
Zwakbegaafdheid	33	26



Diagnose

	Toew/Voortzetting	Afw/Opheffing
PCL-r \geq 26	23	42
GAF \leq 30	18	16
GAF \leq 40	63	46



Diagnose

Opvallende bevindingen:

- Groot aantal patiënten met autisme problematiek in de LFPZ.
- Groot aantal patiënten met schizofrenie in de LFPZ.
- Patiënten met een hoge PCL-r score stromen relatief vaker uit.
- Patiënten met zeden-volwassenen problematiek stromen relatief vaker uit.



Knelpunt in uitvoering

- Enkele langlopende aanhoudingen LAP met het verzoek om nader onderzoek mogelijke uitstroom (uit 2014 en 2015).
- Enkele langlopende trajecten besluitvorming DJI na advies opheffing LAP i.v.m. vinden geschikte vervolginstelling.

Bij wie ligt de regie in het geval van een verzoek tot nader onderzoek bij een aanhouding en bij het vinden van een mogelijke vervolgvoorziening voor een patiënt?

Wanneer en door wie vindt terugkoppeling plaats bij problemen in de uitvoering van een advies of aanhouding?

27

LAP en LFPZ | 2016



Voorlopige conclusies

1. Forse uitstroom en afhouden instroom
2. Voor een groot deel van de populatie is de LFPZ geen eindstation
3. Relatief hoge sterfte in de doelgroep
4. Geringe uitstroom relatief sterk gerelateerd aan as-I problematiek m.n. schizofrenie en ASS (itt verwachting bij start)
5. Afwijzingen veelal in lijn met externe MD-rapporteurs
6. Er bestaan problemen in de voortgang van de procedure bij aanhoudingen en lastige uitplaatsingen

28

LAP en LFPZ | 2016



Vragen

Komen de onderzoeksresultaten overeen met de beeldvorming?

Waarom komt de meerderheid (63%) van de LFPZ patiënten niet in aanmerking voor verlof?

Voor welke groep patiënten bestaan er knelpunten in de uitstroom, terwijl opheffing van de LFPZ wel in de rede ligt? Aan welk soort voorzieningen en/of maatwerk is behoefte?

Op welke wijze kunnen procedures en partijen beter op elkaar aansluiten? Hoe kan dit gemonitord worden?

Is er behoefte aan een casusoverleg in complexe aanhoudingszaken, adviezen en/of beslissingen?

29

LAP en LFPZ | 2016



Vragen

Is nader onderzoek wenselijk naar de factoren die een goede uitstroom uit de LFPZ hebben bevorderd?

Zou het zinvol zijn om een commissie naar patiënten te laten kijken die acht jaar in de tbs zitten en van kliniek naar kliniek gaan?

Voor welke groep patiënten lijkt er geen alternatief te zijn buiten de LFPZ (link met diagnostiek)?

30

LAP en LFPZ | 2016

Hoofdstuk 2

Presentatie dr B.H. Bulten

Hoofd diagnostiek, onderzoek en opleiding bij FPC De Pompestichting en senior onderzoeker bij de Radboud Universiteit.

Longstay: advisering en vervolg

Erik Bulten

Wie zit waar, komt waar vandaan en gaat mogelijk waar naar toe? Zoek de verschillen.

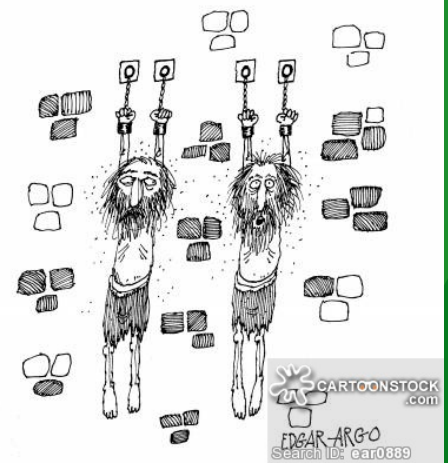
- ▶ Kenmerken van de langverblijvende tbs'er
- ▶ Kenmerken van de patient in de longstay in vergelijking met tbs-patienten in behandelkliniek

Verwachtingen management

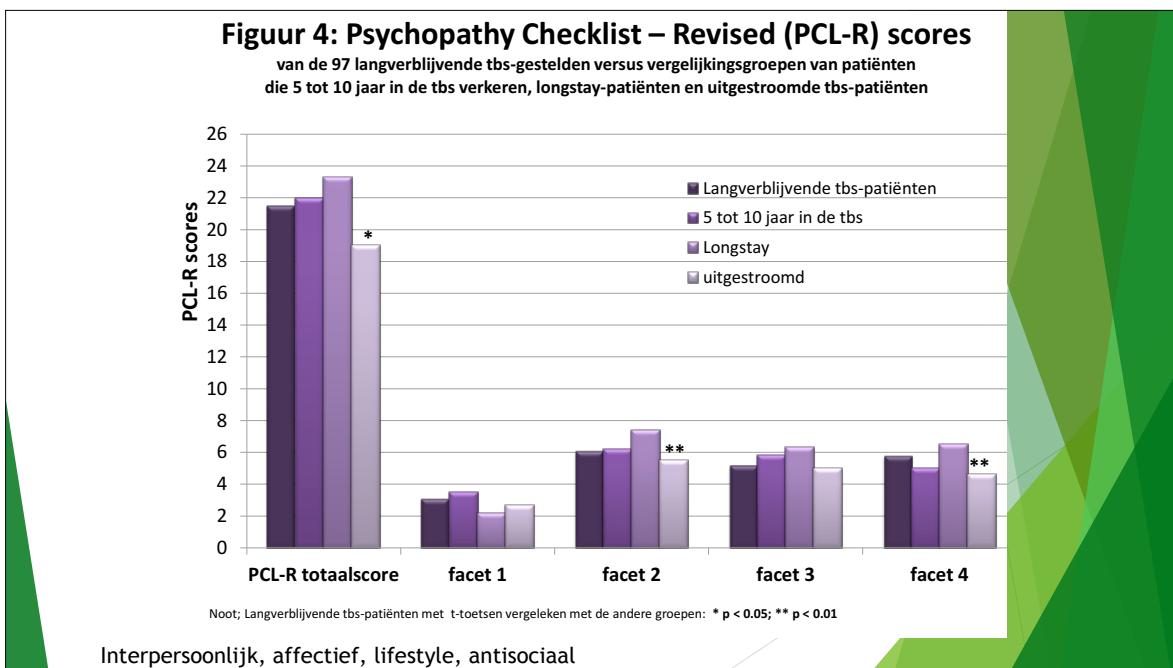
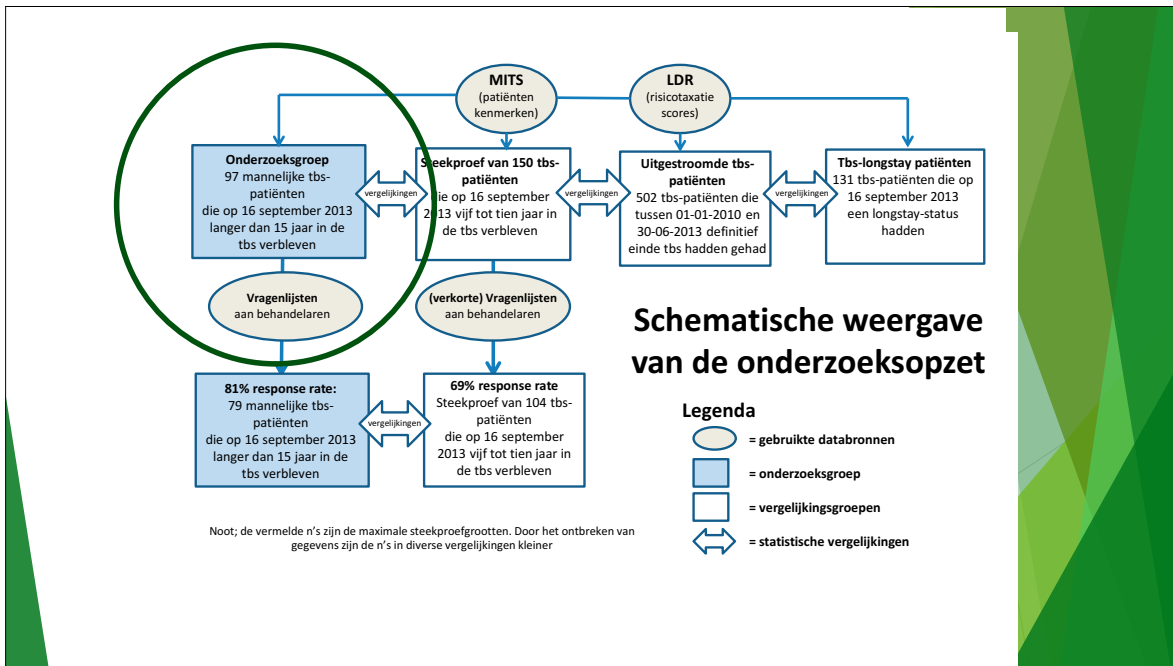


(Te) lang in de tbs?
Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar
behandeling zijn.
H. Nijman, S. Lammers, M. Vrinten & E. Bulten

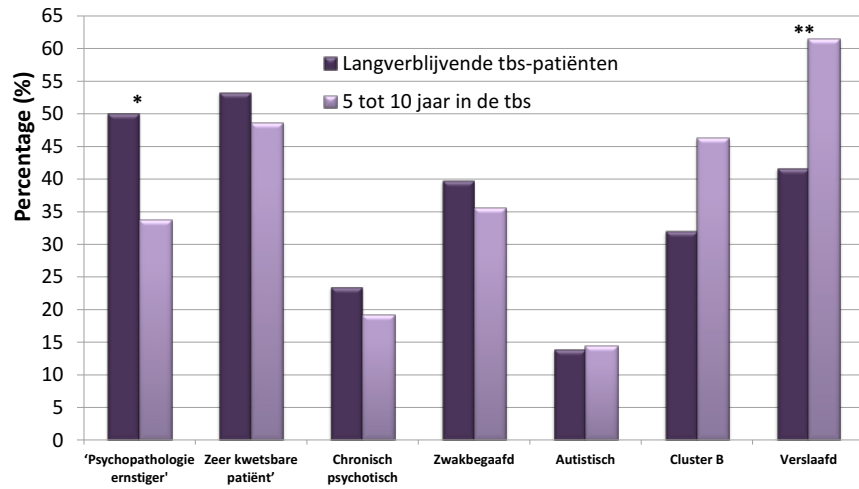
Tijdschrift voor psychiatrie
(in druk)



"I GOT LIFE PLUS THREE HUNDRED YEARS... I WON'T
BE ELIGIBLE FOR PAROLE FOR SIX MONTHS..."

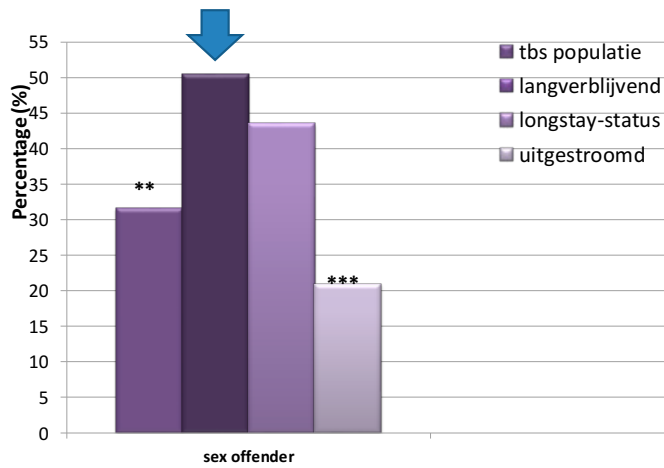


Figuur 7: Diagnostische kenmerken volgens behandelaren langverblijvende tbs-gestelden versus de gestratificeerde vergelijkingsgroep



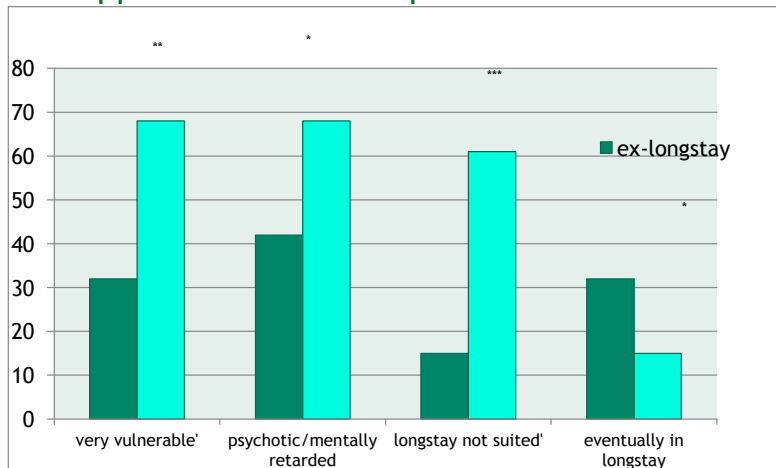
Noot; Langverblijvende tbs-patiënten met X²-testen vergeleken met tbs-ers die 5 tot 10 jaar in de tbs zaten: * p < 0.05; ** p < 0.01

Percentage sex offenders



** p < 0.01, ***p<.001 Long-term tbs compared to released, and total tbs-population

Ex-longstay patients vs. patiënten who were in tbs continuously appraisals from therapists



Meer kenmerken 'langverblijvenden' 15j>

- ▶ Jonger dan reguliere tbs'er en uitstromers (5 jaar)
- ▶ Vier op de tien heeft verstandelijke beperking
- ▶ Wisselvallige tbs carrière:
 - ▶ 28% meer dan vijf klinieken
 - ▶ 40% eerdere verlofmarges ingetrokken (waarvan de helft terugplaatsing in kliniek)
 - ▶ 46% heeft een periode in longstay verbleven
 - ▶ Geen verschillen mbt 5-10 jaar tbs m.b.t.: incidenten, problematisch gedrag, meewerken met behandeling, MITS gegevens (itt visie behandelaar)

Langverblijvend (informatie behandelaar)

- ▶ Er is nog behandel perspectief: 77%
- ▶ Longstay ongeschikt ivm te hoge beveiliging/te beperkt verlofkader: 41%
- ▶ Patient zal binnen 2 jaar uitstromen: 50%
- ▶ Verwachting dat (alsnog) longstay aanvraag komt: 17%
- ▶ Er is geen adequate vervolgoorziening: 23% (RM)
- ▶ Allen hebben blijvende zorg nodig

RFPC and LFPC patients compared

Mareike Eckert, Sandra Schel, Harry Kennedy, Erik Bulten

Patient Characteristics related to Length of Stay in Dutch Long-term Forensic Psychiatric Care

Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, accepted for publication 2017

DANGEROUSNESS UNDERSTANDING, RECOVERY and URGENCY MANUAL

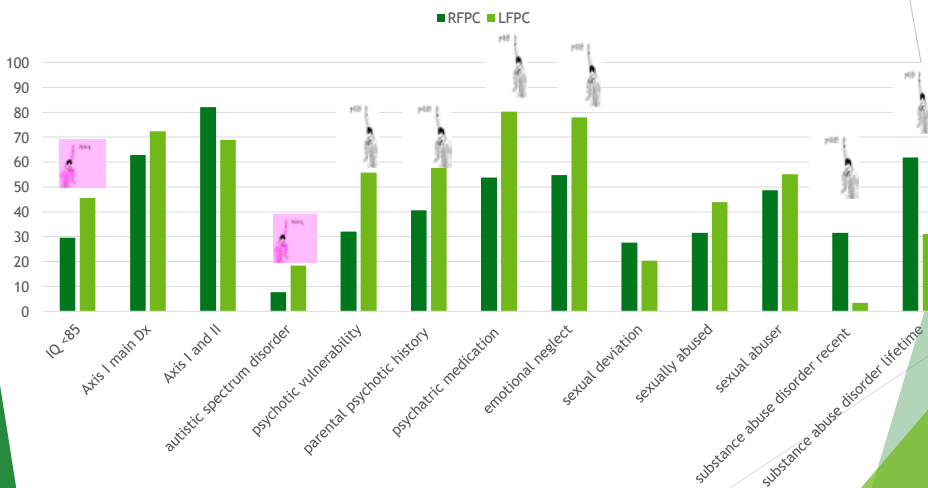
DUNDRUM



Structured Professional Judgement Instruments for Admission Triage, Urgency, Treatment Completion and Recovery Assessments
 Harry G Kennedy, Conor O'Neill, Grainne Flynn, Pauline Gill, Mary Davoren National Forensic Mental Health Service, Central Mental Hospital, Dundrum, Dublin 14, Ireland And Academic Department of Psychiatry, University of Dublin, Trinity College






clinical features LFPC v RFPC

p<0.05



Clinical features

► LFPC:

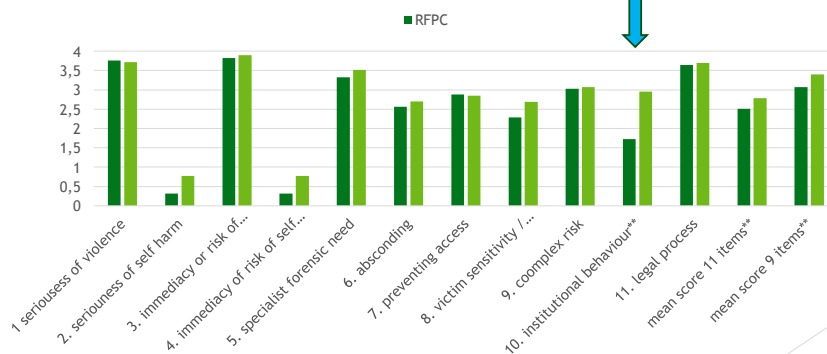
- I. ouders psychotisch 
- II. Verwaarlozing 
- III. Psychotisch kwetsbaar 
- IV. Gebruik medicatie 
- V. Middelen 

(trends)

- I. ASS 
- II. IQ<85 

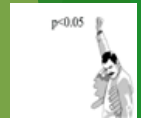


DUNDRUM-1 triage security items/security needs admission LFPC (n=61) v RFPC (n=78)



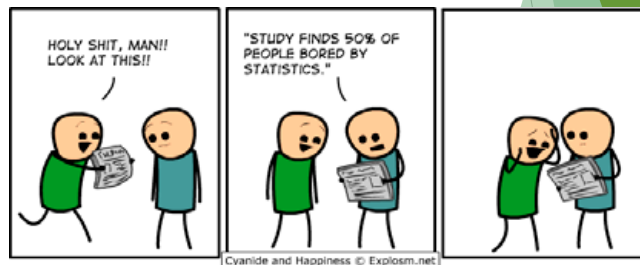
'item 10: institutional behaviour' is reliable, statistically significant and clinically significant. Total scores are significantly higher for LFPC

** p<0.001

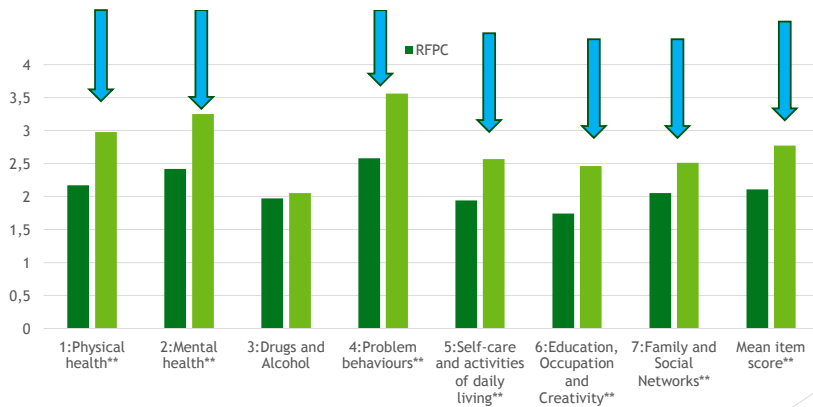


DUNDRUM-1 triage security items LFPC v RFPC

- ▶ Op alle onderdelen trends richting hogere scores
- ▶ Alleen 'institutional behavior' en 'totaalscore' significant



DUNDRUM-3 programme completion/needs LFPC (n=61) v RFPC (n=78)

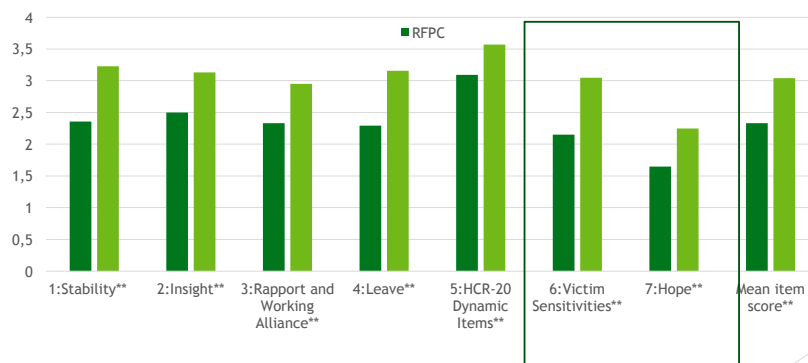


All (but Drugs& Alcohol) differences are reliable and significant ** p<0.001

DUNDRUM-3 programme completion LFPC v RFPC

- ▶ LFPZ:
- ▶ Veel minder voortgang tav behandelonderdelen
- ▶ M.bt. 'problem behaviors' en 'mental health' (bijna) geen enkele vooruitgang

DUNDRUM-4 recovery/ verwachting toekomst LFPC (n=61) v RFPC (n=78) (hoog is ongunstig)



All differences are reliable and statistically significant.

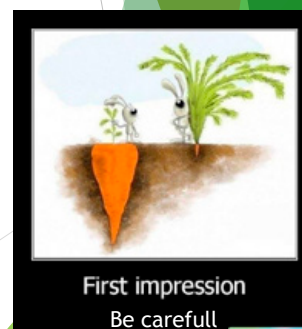
** p<0.001

DUNDRUM-4 recovery LFPC v RFPC

- ▶ aanknopingspunten om veiligheidsniveau aan te passen
- ▶ LFPZ: op alle onderdelen (stabiliteit, inzicht, werkrelatie/toestaan monitoring, omgang vrijheden) veel risico's om naar lager veiligheidsniveau te gaan
 1. Conform DUNDRUM (validiteit etc.)
 2. Nationale en lokale verschillen
 3. Groepsniveau (spreiding)

Voorspelling (statistisch) LfPC of RFPC

- ▶ De items op de recovery (of ontbreken van herstel gekoppeld aan veiligheid) voorspellen het best
 - ▶ Voorgeschiedenis/patientkenmerken verschillen
 - ▶ behandelprogressie
 - ▶ Onvoldoende progressie hoge 'security'
- ▶ Vastgesteld door onderzoekers/gestandaardiseerd
- ▶ Dossier - alle rapportage



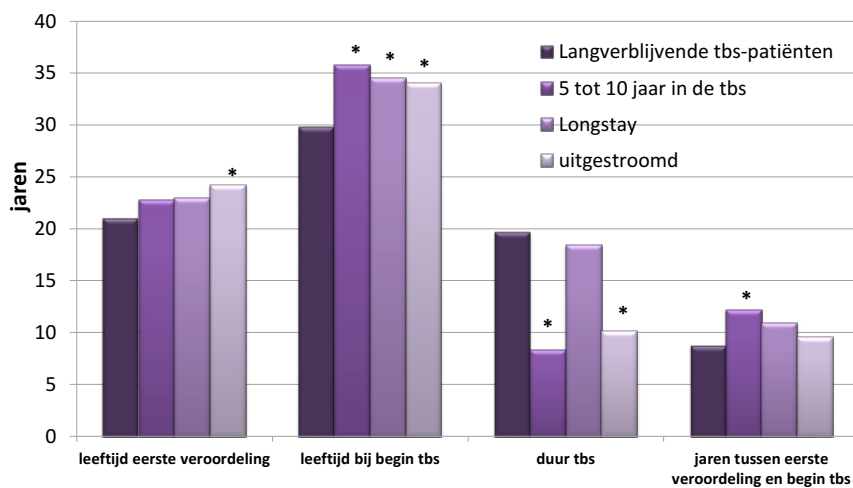
slot

- ▶ Predestinatie longstay?
- ▶ Verschillen populaties wel?
- ▶ Zo ja, wanneer ontstaan deze verschillen dan?
- ▶ Specifiek of breed?
- ▶ Op maat?
- ▶ Zit de deur definitief op slot?



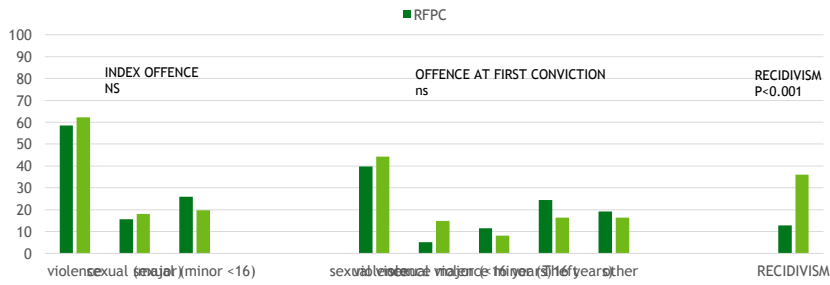
Figuur 2: LeeftijdsvARIABLEN en duur van de tbs

van de 97 langverblijvende tbs-gestelden versus de vergelijkingsgroepen van patiënten die 5 tot 10 jaar in de tbs verkeren, longstay-patiënten en uitgestroomde tbs-patiënten



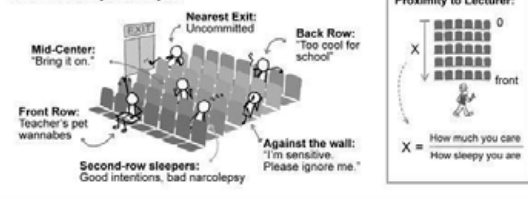
Noot; Langverblijvende tbs-patiënten met t-testen vergeleken met de andere groepen: * $p < 0.005$

OFFENDING HISTORY LFPC (n=61) v RFPC (n=78)

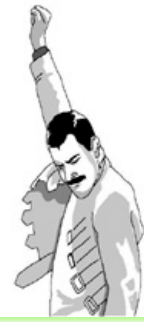


Only recidivism is significantly different

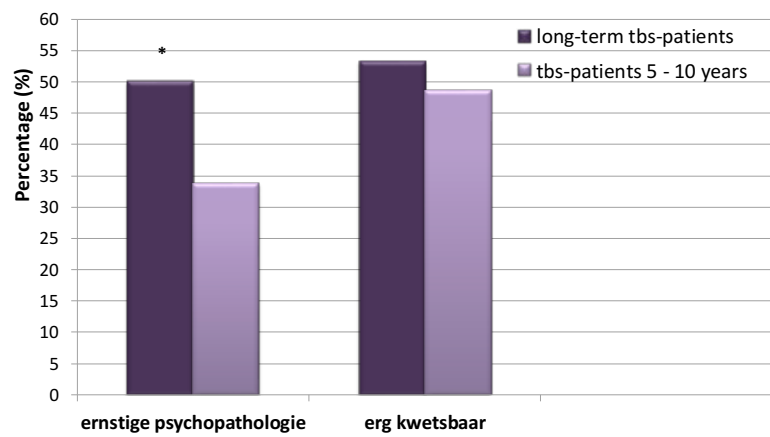
WHERE YOU SIT IN CLASS/SEMINAR And what it says about you:



$p < 0.05$

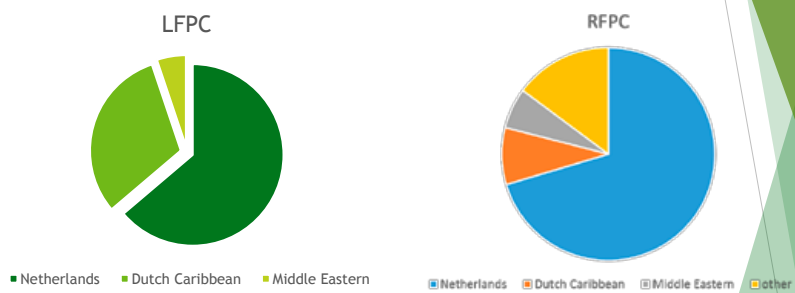


Beoordeling behandelaar



X²-test long-term tbs-patiënt compared to tbs-patients 5 – 10 years * $p < 0.05$

Country of birth



country of birth ($\chi^2 (2, n = 127) = 8.71, p = .01, \text{Cramer's } V = .26$).
Post-hoc comparisons showed that there were more participants born in the Dutch Caribbean area in LFPC than participants in RFPC ($\chi^2 (1, n = 25) = 8.70, p \leq .01$).

Hoofdstuk 3

Presentatie drs. P.C Braun

*Clustermanager Patiëntenzorg Langdurig Forensisch Psychiatrische Zorg
bij FPC De Pompestichting*

Seminar van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensische Psychiatrie 9 december 2016

Peter C. Braun

(Clustermanager Patiëntenzorg LFPZ)

p.braun@pompestichting.nl

Pompestichting
Forensische psychiatrie

Stand van Zaken

Een paar kengetallen,
een korte typering van resultaten,
een snelle beschrijving van de positie van de LFPZ
in Nederland
en daar buiten,
enkele opmerkingen

Pompestichting
Forensische psychiatrie



Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ) Pompestichting

2003 opening Kempehuis

2005 start LFPZ in Vught

2009 opening LFPZ Zeeland

2016 opening afdeling Nijmegen

Pompestichting
Forensisch Psychiatrische Zorg

Capaciteit actueel:

Locatie Zeeland 88 (+ 4 extra kamers=92)

Locatie Vught 6 (inhuur in PI Vught)

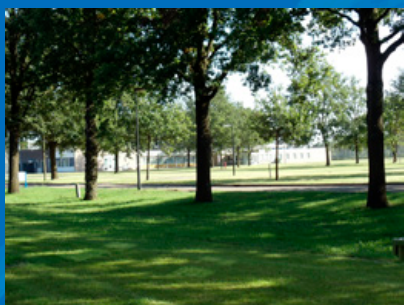
Locatie Nijmegen 8

Totaal: 102 (-106)

(Totaal aantal TBS gestelden in Nederland begin december 1236 personen, nieuwe TBS oplettingen ongeveer 100 per jaar)

Pompestichting
Forensisch Psychiatrische Zorg

Zeeland: 88 bedden (+ 4 extra)



Persoonlijkheidsgestoorden, psychotici, combinaties, ongeveer 35 procent zedendelinquenten. Verstandelijk beperkte bewoners, 2 afdelingen voor Autisme spectrum stoornissen

Pompestichting
Funderatie voor psychiatrie

Capaciteit Vught: 6 ZISZ bedden



TBS gestelden met een LFPZ indicatie en eveneens Extreem Vlucht- en/of Beheers Gevaarlijk



Pompestichting
Funderatie voor psychiatrie

Capaciteit Nijmegen: 8 bedden

8 LFPZ bewoners met ernstige antisociale (dan wel psychopathische) persoonlijkheidsstoornissen



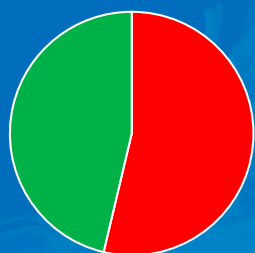
Pompestichting
Eenmaal de weg is niet

Bezetting LFPZ Pompestichting actueel:

Locatie Zeeland	92	
Locatie Vught	6	
Locatie Nijmegen	8	
Totaal:	106	
WachtlIJst op dit moment:		7 personen
Verwachting uitplaatsingen 1 ^e half jaar 2017:		4 personen
Pijplijn: zeker 2 personen		

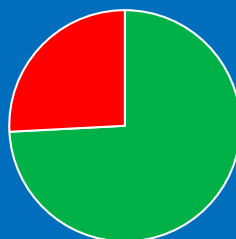
Pompestichting
Eenmaal de weg is niet

Nieuwe aanvragen



■ Advies afwijzing ■ Advies toewijzing

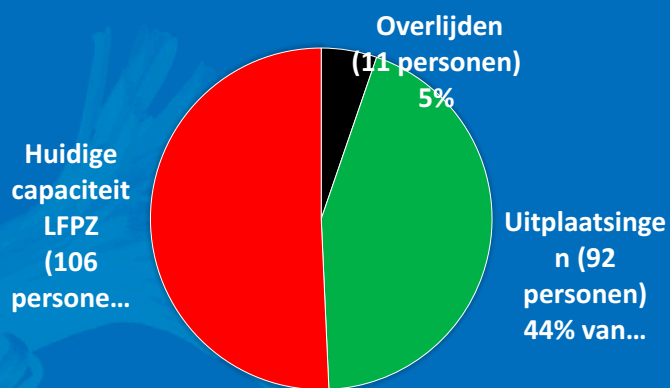
Periodieke LAP toetsen



■ advies voortzetten ■ advies opheffen

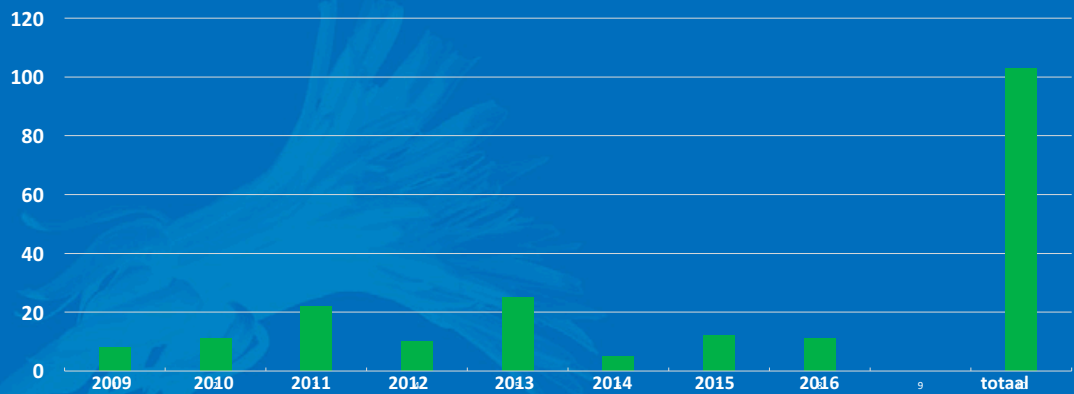
Pompestichting
Fonds voor de psychiatrie

Totale capaciteit, vs aantal sterfgevallen en totale aantal uitplaatsingen



Pompestichting
Fonds voor de psychiatrie

Totaal uitplaatsingen LFPZ Pompestichting sinds 2009



Pompestichting
Erkenbaar. Het doet Positief.

Resultaten Verlofadviezen Pompestichting 2015 / 2016

Adviezen 2015



- Positief 91%
- Negatief 5,9%

Adviezen eerste helft 2016



- Positief 95%
- Negatief 4%
- Aanhouding 1%

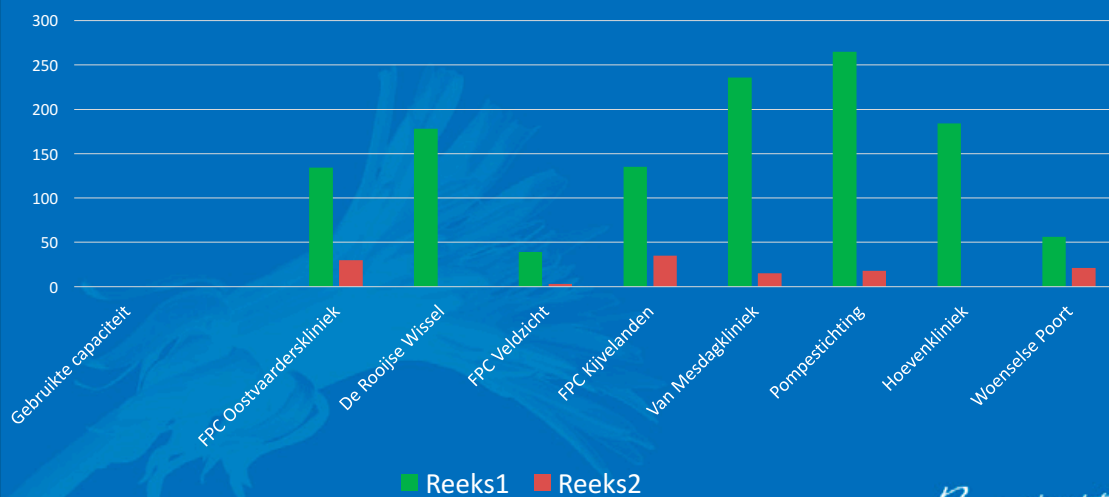
Pompestichting
Erkenbaar. Het doet Positief.

Landelijk:
Enige LFPZ voorziening
Zowel een kans als een bedreiging, dus blijven ontwikkelen.

Veel onderzoeksinitiatieven, noodzaak tot creëren van flexibele doorstroming en keten zowel binnen als buiten de LFPZ

Pompestichting
Fonds voor de psychiatrie

Lege vs bezette TBS capaciteit



Pompestichting
Fonds voor de psychiatrie

Manifest van Lunteren:

- ✓ Verander de naam van “Longstay” naar “LFPZ”
- Rechtsbescherming bij plaatsingsverzoek naar behandelplaats
- ✓ Nieuw beleidskader “LFPZ” nodig
- ✓ Verruim verlofmogelijkheid
- ✓ Synchroniseer 6-jaarsonderzoeken en LFPZ indicatie onderzoek
- ✓ Zorgconferenties
- ✓ Bemiddelingscontacten door advocaat
- Proefplaatsingen realiseren
- Bevorder de bereidheid ex-longstay bewoners op te nemen

Pompestichting
Forensische Zorg Praktijk

Internationale initiatieven

- om deskundigheid te delen met professionals en beleidsmakers, die met en voor dezelfde doelgroepen werken
- om het belang van een specifieke aanpak voor de “vastlopers” in forensische systemen uit te dragen
- om onderzoek te doen naar effecten van verschillende aanpakken
- om scherp te blijven in nieuwe ontwikkelingen
- om kokerdenken zoveel mogelijk te vermijden



Pompestichting
Forensische Zorg Praktijk

Towards an EU Research Framework on Forensic Psychiatric Care
COST ACTION IS1302

COST Action IS1302

ANNUAL CONFERENCE 2016
 OCTOBER 27, FLORENCE, ITALY

INNOVATIONS AND NEW DEVELOPMENTS IN FORENSIC PSYCHIATRY

KEY NOTE SPEAKERS

Dr. Angelo Fioritti, Department of Mental Health Bologna (IT)
 Prof. Dr. Robbert-Jan Verkes, MD, PhD, Radboud University Nijmegen (NL)
 Mr. Mark Kelly, Irish Human Rights & Equality Commission, CPT (IE)
 Prof. Dr. Birgit Völlm, MD, PhD, University of Nottingham (UK)
 Mr. Toon Walravens, De Woenselse Poort (NL)

Ms. Ellen Vorstenbosch, MSc, Sant Joan de Deu Foundation (ES)

WORKING GROUP PRESENTATIONS

Determination of Patient Characteristics
 Prof. Dr. Harry Kennedy, University of Dublin (IE)
 Towards Best Practice in Long-term Forensic Psychiatric Care
 Dr. Vivek Furtado, University of Warwick (UK)
 Meeting Patient Needs and Optimizing Quality of Life
 Ms. Gemma Escuder-Romeva, Sant Joan de Deu Hospital (ES)
 Recent EU Developments in Patient and Family / Care Giver Involvement
 Prof. Dr. Franco Scarpa, NHS Forensic Psychiatric Hospital Montelupo (IT)

MORE DETAILS & REGISTRATION: WWW.LFPC-COST.EU



COST is supported by the EU RTD Framework Programme



19 Europese landen werken samen op gebied van onderzoek in LFPC, geleid door de Pompestichting

Jaarlijkse organisatie van internationale conferenties over langdurige forensische psychiatrie



Onder andere:

- Barcelona 2014 (ES)
- Split 2015 (HR)
- Florence 2016 (IT)
- Nijmegen 2017 (NL)
- Warschau 2017 (Po)



IAFMHS

Sinds enkele jaren een
“Special Interest Group on
Longterm Forensic Psychiatric Care”
geleid door de Pompestichting

Mede-organisator van de IAFMHS
wereld conferentie in Split in juni
2017



Pompestichting
Funderatie voor de Psychiatrie

Opmerkingen

- Het beleidskader is sterk aan revisie toe
- Administratieve procedures zijn omvangrijk en er gebeurt dubbel werk
- “Alle Nederlanders zijn coach van het team”, “iedereen is deskundig, behalve de deskundigen”
- Soms zijn er onuitvoerbare adviezen, die toch moeten worden uitgevoerd
- Soms zijn er idiote adviezen, die toch moeten worden uitgevoerd
- Het lijkt wel of de IND zich nergens wat van aantrekt, in ieder geval niet van de noodzaak van goede zorg
- Een 2x jaarlijkse ontmoeting van LAP, Plaatsingen, LFPZ medewerkers en NIFP afvaardiging zou nuttig zijn om casuïstiek door te nemen (Stand van zaken) in een open discussie
- Differentiatie in woonvormen noodzakelijk
- Rekening houden met complexer wordende doelgroep

Pompestichting
Funderatie voor de Psychiatrie

Dank u wel voor uw aandacht

(..... en excuses als ik iemand op de tenen heb gestaan. Het was wel de bedoeling, maar niet dat het al te veel pijn zou doen. Dat het punt niet vergeten zou worden hetgeen bij een emotionele betrokkenheid altijd beter lukt dan als het bij een neutrale mededeling blijft.....)

Pompestichting
Funderatie voor de psychiatrie

Plenaire discussie over proefplaatsing

Dit onderwerp is tijdens de presentatie van Peter Braun aan bod gekomen, bij het bespreken van de punten van het Manifest van Lunteren. Peter Braun heeft aangegeven dat er een enkele keer een proefplaatsing vanuit de LFPZ heeft plaatsgevonden. Ellen Leentvaar vraagt of dit wel kan aangezien de longstay status daarvoor moet zijn opgeheven. De LAP heeft weleens tot proefplaatsing geadviseerd en dat heeft het ministerie afgewezen omdat dit niet mogelijk zou zijn in verband met de longstay status. Peter Oostrom zegt dat het wel kan via een observatieplaatsing. Vanuit de zaal wordt aangegeven dat vorig jaar een patiënt is voorgedragen voor een proefplaatsing bij Trajectum en dat dit door het ministerie is afgewezen. Peter Oostrom zegt dat de mogelijkheden er wel zijn.

Hoofdstuk 4

Presentatie drs. G.A. van den Nagel en mw. E. Bischoff

Locatiemanager en Hoofd behandeling transmurale zorg bij De Voorde



VAN DER HOEVEN
KLINIEK



DE
FORENSISCHE
ZORG
SPECIALISTEN

De Voorde en resocialisatie

Vormen van forensisch beschermd wonen



VAN DER HOEVEN
KLINIEK



DE
FORENSISCHE
ZORG
SPECIALISTEN

De kliniek





VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Betekenis Voorde

- Een doorwaadbare plaats, meestal in een beek of rivier.
- Een brugconstructie waar het water in periodes met hoge afvoeren gedeeltelijk overheen stroomt, wordt ook met de term voorde aangeduid



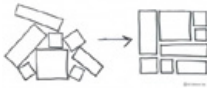









VAN DER HOEVEN
KLINIEK





VAN DER HOEVEN
KLINIEK

<u>Veiligheid</u>	<u>Verlof</u>	<u>Structuur</u>	<u>Begeleidbaarheid</u>	<u>Zelfredzaamheid</u>
 <ul style="list-style-type: none">-Risco's zijn goed in beeld-Signalenplan up-to-date-Geen middelenmisbruik-Geen toezicht in de nacht	 <ul style="list-style-type: none">-Heeft onbegeleide verloven-Kan verantwoord omgaan met vrijheid	 <ul style="list-style-type: none">-Goed dag en nachtritme-Goede dagstructuur / dagprogramma-Dagbesteding op of buiten het terrein-In staat weekplan zelf te maken	 <ul style="list-style-type: none">-Openheid (o.a. seksualiteit)-Transparant-Samenwerken-Hulpvraag (leren) stellen	 <ul style="list-style-type: none">-Zo zelfstandig mogelijk (met eventuele aansturing)-Kan zelf koken (of wil dit leren)-Corvee, weekplan etc.-Kan omgaan met telefoon-Hygiene
<u>Medicatie</u>	<u>Leefklimaat</u>	<u>Gedrag</u>	<u>Netwerk</u>	<u>Toekomst</u>
 <ul style="list-style-type: none">- Medicatietrouw- Streven naar medicatie in eigen beheer	 <ul style="list-style-type: none">-Levert een bijdrage, binnen zijn / haar mogelijkheden, aan het leefklimaat om dit veilig en leefbaar te houden	 <ul style="list-style-type: none">-Accepteert begrenzing / aansturing / begeleiding-Geen (fysieke) agressie-Leeft gemaakte afspraken / huisregels na	 <ul style="list-style-type: none">- Openheid over (negatieve) contacten- Netwerk onderhouden en of opbouwen i.s.m. forensisch netwerkbegeleider	 <ul style="list-style-type: none">- Eventuele aanmelding vervolgvoorziening.- Eventuele uitbouw werk (vrijwillig) en vrijetijdsbesteding



VAN DER HOEVEN
KLINIEK





VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Kastanjehof



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Dijk: 24-uurszorg + aanleunwoning + BOR





VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Singel 2: 24-uurszorg



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Singel 3: 16-uurszorg + BOR





VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Singel 1: beschermd wonen buiten het terrein



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Opnames per woning

Singel 1: <ul style="list-style-type: none">•3x VB•2x RM	Singel 3: <ul style="list-style-type: none">•1x TBS met verpleging•4x RM
Singel 2: <ul style="list-style-type: none">•3x TBS met verpleging•1x VB•2x RM	Dijk: <ul style="list-style-type: none">•2x TBS met verpleging•1x VB (aanleunwoning)•3x RM



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

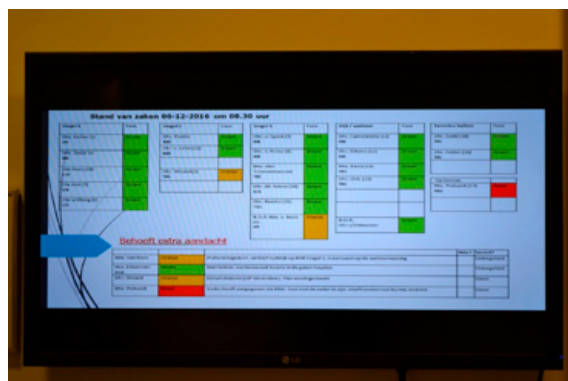
Kastanjehof: anderhalf jaar + overige afdelingen GGz Centraal

TBS December 2016 3 x	RM December 2016 7 x
Uitstroom 3 x	Uitstroom 4 x 1 x overlijden
Terugplaatsing 2 x	Terugplaatsing 1 x
Ouderenzorg	Open afdeling Kastanjehof
1x 1 x vanuit Kastanjehof	1 x



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

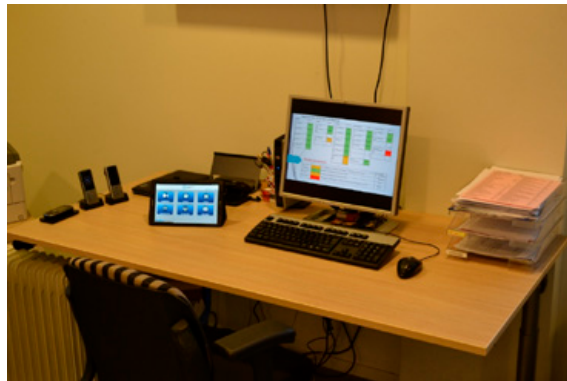
Digibord t.b.v. dagelijkse multidisciplinaire ochtendbespreking





VAN DER HOEVEN
KLINIEK

beeldtelefoon: look@me



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Werkplaatsen op het terrein van GGz Centraal





VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Terreinsupermarkt en restaurant



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Dagbesteding





VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Dijk: tuin en woonkamer/stafkamer



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Vervolg uitstroom: TBS, VB en RM

Philadelphia	GGz Centraal	Kwintes	Umahai	Aanzien	Zelfstandig / begeleid wonen	Overig
2x	6x	5 1 terug naar Singel	1 x Terug naar Singel	1x	1x	5x

Begeleiding door ForFact team Amersfoort: 7
Uit de Longstay: 7



VAN DER HOEVEN
KLINIEK



Hoofdstuk 5

Presentatie drs. J. Thomsen

Behandelcoördinator bij het Kempehuis van FPC De Pompestichting.

Uitstroom Reso 4/Longcareafdeling

Korte presentatie over de uitstroom van ex-long-stayers vanuit het Kempehuis/De Pompe

*BC Pierre Smeets/ZM Mirjam Driessen
BC Jan Thomsen
Assistent BC Marjolein Sepers*

Pompe
Forensische psychiatrie

van de long-stay naar de reso

- » In ieder dossier is er sprake van forse handicaps en valkuilen (b.v. in de samenwerking met de mentoren, verslaving, rigide denkpatronen, boosheid naar het TBS systeem, etc.)
- » Goedpraters; 'Ik hoef niet weer de behandeling in'.
- » Stellige weigering om stukken (WA's, Verlofaanvragen en/of verlengingsadviezen) te lezen en/of daarvoor te tekenen.
- » Hospitalisatie en nauwelijks netwerk.
- » Bewoners kijken vaak positief terug op de samenwerking met de collega's van de LFPZ.
- » Bewoners vinden ons sociotherapeutisch team vaak (in eerste instantie) afstandelijk en ook eisend, terwijl het team dat juist niet is.
- » Iedere ex-long-stayer lijkt zich ook wel de grote kans te realiseren en wil uiteindelijk wel 'water bij de wijn' doen; mede omdat wij het validerend en onderbiedend blijven vragen.

Pompe
Forensische psychiatrie

Werkwijze op Reso 4

Doelstelling van de afdeling:

De afdeling richt zich op het geleidelijk dehospitaliseren (c.q. minder systeemafhankelijk maken) van de patiënt met als doel binnen 3 jaar toe te werken naar een minder beveiligde vervolgvoorziening.

Leefklimaat en de rol van sociotherapie:

- respectvolle benadering patiënten
- medewerkers zijn betrokken, vriendelijk en vakbekwaam
- inzet motiverende gespreksvoering
- vanuit de rehabilitatie/herstel methodiek worden met de patiënt kleine successen gevierd

Pompestichting
Forensische psychiatrie

Werkwijze op Reso 4

- » De eerste drie maanden worden gezien als wederzijdse kennismaking en in deze periode wordt de basis gelegd voor een adequate werkrelatie. De patiënt staat hierbij centraal. Het leefmilieu op de afdeling biedt ruimte aan patiënten om nieuw gedrag te leren en te oefenen. De patiënt krijgt ondersteuning en/of begeleiding op de verschillende leefgebieden. Het uitgangspunt is dat een patiënt doet wat hij kan en ondersteuning krijgt waar nodig. Het aansluiten bij de behoeften van de patiënt, de leerstijl en de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt vraagt om individueel maatwerk.
- » De patiënt probeert met hulp van sociotherapeuten zijn leven opnieuw inhoud en richting te geven. Binnen de veilige leefomgeving van het Kempehuis kan de patiënt zichzelf in eigen tempo ontwikkelen en/of stabiel blijven.

Pompestichting
Forensische psychiatrie

Moeilijkheden verlofuitbreidingen en uitstroom → vertraging

Belangrijkste oorzaak hiervan is dat de kernpathologie van de patiënten over het algemeen niet verandert. De longstay is veelal opgeheven omdat de hoge mate van beveiliging van de LFPZ niet langer geïndiceerd was waardoor patiënten kunnen doorstromen naar een afdeling met een lager beveiligingsniveau. Bij het aanvragen van onbegeleid verlof is echter richtinggevend of kernpathologie en recidivegevaar wezenlijk veranderd zijn. Als dat niet zo is moet het delictgevaar minimaal via extern risicomanagement gereduceerd en verantwoord kunnen worden. Daarvoor is het noodzakelijk dat er meer zicht is op kernproblematiek en risicofactoren en bij de meeste ex-LFPZ'ers ontbreekt dat omdat ze in het verleden onvoldoende behandelbaar zijn geweest.

Pompestichting
Forensische psychiatrie

Zinnvolle vertraging?

We maken voor elke patiënt risicomanagement op maat maar dat was regelmatig onvoldoende om de gewenste verlofruimte te krijgen. De CVC van de Pompe en het AVT (Adviescollege Verloftoetsing TBS) hebben vaak vragen die verwijzen naar de (onbehandelde) kernproblematiek. Verlofaanvragen worden maar deels goedgekeurd waardoor het opbouwen van verlof en de resocialisatie vertraging oploopt. Aan de andere kant gebruiken wij de eisen van CVC/AVT/VU ook om patiënten over te halen om b.v. de seksuele anamnese en/of de delictanalyse met een therapeut te laten updaten en/of ander (extern) risicomanagement in te zetten.

Positief is dat, zowel de CVC, als ook het AVT verlof aanvragen het laatste jaar met iets meer vertrouwen in het behandelteam lijken te toetsen.

Pompestichting
Forensische psychiatrie

UITSTROOM TMV EX-LONGSTAY PATIENTEN

s.v.z. op 30-11-2016

2013:

Dhr. W.; → einde art. plaatsing → GGZ WNB Halsteren (okt)

Dhr. D.; → Voorwaardelijke Beëindiging, contrair → Palier (nov)

Dhr. B.; → transmuraal → Meander appartement (dec) → RIBW Nijmegen & Rivierenland (aug 2014) → VB → OO

2014:

Dhr. S.; → transmuraal Iriszorg/Meerzorg (dec) [overleden zomer 2016; 79 jaar oud]

Pompestichting
Forensische psychiatrie

Uitstroom 2015

2015:

Dhr. W.; → Behandelafd. → RM → Pro Persona, Octaaf (feb)

Dhr. S.; → transmuraal → Meander (mei)

Dhr. V.; → transmuraal → Iriszorg/Meerzorg (juni) (incl. twee time-outs op Reso 4) → proefverlof op de Longcare Woenselse Poort (juni 2016); [terminaal longkanker diagnose], Hospice in Groningen, Pen. Ziekenhuis Scheveningen, FPA Zuid-Laren [overleden eind november 2016]

Dhr. J.; → transmuraal → Meander Appartement (sept 2015) → RIBW Nijmegen & Rivierenland (juli 2016) → nu aanvraag PV

Pompestichting
Forensische psychiatrie

Uitstroom 2016

2016:

Dhr. Q. → transmuraal → Meander appartement (april)

Dhr. M.; overleden op Reso 4 (juli)

Dhr. B. → transmuraal → Meander (juli)

Dhr. L. → transmuraal → RIBW Nijmegen & Rivierenland (sep)
→ nu aanvraag PV

Dhr. B. → transmuraal → RIBW Nijmegen & Rivierenland (sep)

Dhr. B. → transmuraal → Meander appartement (sep)

Dhr. V. → op tweede semi-begeleide verlof onttrekking juli 2015

→ Voorwaardelijke Beëindiging →
Meander/sociowoning/Forfact (okt 2016)

Pompestichting
Forensische psychiatrie

Stand van zaken nu

**UITSTROOM EX-LONGSTAY PATIENTEN VANUIT DE
POMPEKLINIEK NIJMEGEN TOTAAL: 15**

**Op Reso 4 zitten momenteel 9 patienten met een long-stay
verleden.**

Bedankt voor de aandacht.

Pompestichting
Forensische psychiatrie

Hoofdstuk 6

Plenaire discussie

De discussie werd geleid door de dagvoorzitter, mr J.A.W. Lensing, voorzitter van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg.

Voorzitter: zijn er algemene opmerkingen of dingen die u vanmiddag gemist heeft?

Zaal: ik ben benieuwd hoe de toekomst voor de LFPZ er uit zal komen te zien. Is daar zicht op? Wat zijn de trends over de jaren heen.

Ellen Leentvaar: ik verwijs naar mijn presentatie, waarin het aantal aanvragen in de afgelopen jaren is weergegeven. Het gemiddeld aantal nieuwe LFPZ aanvragen blijft per jaar redelijk hetzelfde. De LAP adviseert in ongeveer de helft van de zaken tot afwijzing en in de andere helft tot toewijzing. Dit is een stabiel beeld. Ik ben wel benieuwd naar de opvolging van het onderzoek naar patiënten die vijftien jaar of langer in de tbs verblijven. De afspraak is gemaakt dat er vanuit DJI een onderzoek zal plaatsvinden naar die patiënten en waar zij het beste naartoe zouden kunnen. Er is gezegd dat voor de meerderheid de LFPZ niet de juiste plek is, maar waar kunnen ze dan wel terecht? Dat zal per patiënt in kaart worden gebracht. Dit onderzoek zou eigenlijk rond oktober van dit jaar klaar moeten zijn, maar ik heb begrepen van DJI dat ze er nog mee moeten starten. Misschien kan Peter Oostrom hier iets over zeggen, want aan de hand van het onderzoek kan er wellicht een groep patiënten uit komen waarvoor alsnog een aanvraag LFPZ zal volgen.

Peter Oostrom: dit betreft het traject langverblijvers. Deze mensen zitten langer dan 15 jaar in de tbs, vooral binnen de LFPZ maar ook daar buiten. Dat zijn in totaal zo'n 200 patiënten. Die worden allemaal onder de loep genomen middels zorgconferenties. We gaan hiervoor externe deskundigen uitnodigen om te kijken wat de problematiek is. Zijn er nog mogelijkheden tot behandeling en resocialisatie en zo niet, moet het dan LFPZ worden of kan het longcare worden? Wat voor zorgvoorziening zou het moeten zijn? Is die aanwezig en zo niet, dan moeten wij in overleg met de afdeling inkoop van de divisie DForZo om te kijken of die voorzieningen er dan kunnen komen. Dat gaat naar verwachting in januari of februari 2017 van start. Er zal ongeveer een jaar voor worden uitgetrokken.

Zaal: geldt dit ook voor patiënten die binnen de LFPZ verblijven, van wie de tbs vijftien jaar of langer duurt?

Peter Oostrom: die zitten er ook bij, ja.

Zaal: mag ik vragen waarom je daar weer een aparte zorgconferentie voor gaat organiseren. Er wordt toch al heel veel onderzoek naar deze patiënten gedaan?

Peter Oostrom: De taskforce heeft gezegd dat alle patiënten die langer dan vijftien jaar in de tbs verblijven onder de loep moeten worden genomen. Dus dat geldt ook voor de patiënten die in de LFPZ verblijven.

Voorzitter: dus dat is een traject dat los staat van de andere trajecten, namelijk van het LFPZ traject en de zesjaars rapportages?

Peter Oostrom: als er ook sprake is van een hertoets, dan neem je die mee. Je gaat niet los van alles zo'n onderzoek doen. Uiteraard wordt de LAP er ook bij betrokken als het gaat om de LFPZ.

Ellen Leentvaar: dit is nieuw voor mij. Ik had begrepen dat het ging om de langverblijvers in de reguliere tbs. Je zou zeggen dat de mensen in de LFPZ genoeg worden gezien. We gaan met de komst van het nieuwe beleidskader zelfs elke twee jaar toetsen.

Peter Oostrom: ja, zo hebben wij de opdracht vanuit de divisie DForZo binnen gekregen. Vanuit het Forensisch Plaatsingsloket is ons gevraagd om het zo te organiseren.

Zaal: we gaan het er net zo vaak over hebben totdat iemand het wiel heeft uitgevonden.

Peter Oostrom: ook binnen de LFPZ zijn er natuurlijk patiënten die niet uit kunnen stromen. Dat zag je ook al in de vorige presentaties, waarbij de longstay wel zou kunnen worden beëindigd maar de vervolgvoorziening ontbreekt. Wat natuurlijk ook vooral duidelijk moet worden vanuit zulke onderzoeken, is wat er nou nodig is aan voorzieningen en zijn deze er niet, dan komt de vraag of een dergelijke voorziening er alsnog kan komen.

Ellen Leentvaar: in de gevallen waarin de LAP een zaak heeft aangehouden, ziet de LAP soms ook dat de longstay op zich niet de meest aangewezen plek is. De vraag is wat dan wel en in die zaken wordt het verzoek gedaan tot nader onderzoek. En in sommige zaken adviseert de LAP opheffing en kan Plaatsing deze patiënten niet uitgeplaatst krijgen. Maar het toepassen van het onderzoek voor de hele LFPZ-populatie vind ik wel opmerkelijk.

Voorzitter: jullie gaan dat nog allemaal aan de klinieken doorgeven?

Peter Oostrom: ja.

Zaal: je zou zeggen dat op die zaken niet zo'n druk zit.

Peter Oostrom: we hebben de groep wel redelijk in kaart, maar we moeten het in het overleg met de inhoudelijke directeuren nog bespreken. Daar komt vanzelf een plan vanuit voort. Dus zo concreet is het nog niet.

Peter Braun: is het dan misschien ook een idee om het te synchroniseren met de andere onderzoeken? Aan de ene kant proberen we alles een beetje te synchroniseren ten behoeve van de patiëntenzorg en aan de andere kant zetten we er nog iets naast wat misschien niet nodig is.

Peter Oostrom: ja, maar we zien ook wel dat we verzoeken krijgen voor zorgconferenties voordat dit traject gaat beginnen vanuit de LFPZ. Er is wel vraag naar externe deskundigheid. We moeten nadenken hoe verder.

Peter Braun: maar als ik om een zorgconferentie vraag, dan doe ik dat wel gericht. Dan heb je het over een specifieke patiënt, waar we een probleem mee hebben. Maar ik vraag toch niet voor 110 mensen zorgconferenties aan? Als jij hoofdpijn hebt, dan pak jij aspirine maar dan hoef ik toch geen aspirine te nemen? Het is een kromme redenering die ik niet helemaal begrijp.

Peter Oostrom: je moet ook niet onderschatten dat het een politieke opdracht is.

Peter Braun: ja, maar de politiek belast hier wel patiënten mee en de patiëntenzorg. Mijn behandelcoördinatoren zitten 70% van hun tijd achter de computer om zich te verantwoorden over wat ze eigenlijk hadden moeten doen als ze de tijd hadden gehad om het te doen. Dat vind ik wel triest.

Voorzitter: nog even een ander punt. Ik hoorde je iets zeggen over vervolgvorzieningen. We hebben nu twee vervolgvorzieningen aan het woord gehoord, het Kempehuis en De Voorde. En De Voorde's aanpak heeft navolging gevonden, als ik het zo mag noemen, onder andere bij Transfore in Deventer en ik hoorde laatst ook van Ellen dat de Van der Hoeven kliniek iets gaat creëren voor patiënten met as-2 problematiek.

Ellen Leentvaar: ja, maar dat is nog heel pril. En de Van Mesdagkliniek is ook bezig met een soort longcare voorziening van waaruit een heel geleidelijke uitstroom mogelijk is.

Peter Oostrom: nog een aanvulling daarop is dat we met de afdeling inkoop met de FPA's aan tafel hebben gezeten en daar is ook de vraag neergelegd om na te denken over voorzieningen voor juist die hele moeilijke doelgroep waar

geen voorzieningen voor zijn. Patiënten met een laag beveiligingsniveau, maar vooral een hoge zorgintensiteit. Dat is grof gezegd wat er nodig is. Specifiek voor de as-2 patiënten, maar ook de zeden patiënten. Die vraag is uitgezet en ik hoop dat de FPA's, of eigenlijk de instellingen waar ze onder vallen, daar echt over na gaan denken.

Voorzitter: komt er dan vervolgens ook een meer algemeen antwoord? Het is lastig om overzicht te krijgen. Daar zijn we als LAP vanaf het startpunt al tegen aan gelopen. Er is geen algemeen overzicht waar iedereen terecht zou kunnen.

Zaal: doordat je zelf voorzieningen maakt, kan je soms zelf zaken transmuraal omklappen, die anders in de LFPZ terecht komen. Dat doen wij ook met de LVB doelgroep in samenwerking met de Van der Hoevenkliniek.

Voorzitter: ja, maar het gaat er mij om dat er op een geven moment een antwoord komt van de klinieken; van wij hebben dit in de aanbieding naar aanleiding van jullie verzoek en verkondig dat rond in het land. Het zou mooi zijn als het zo zou kunnen werken.

Ellen Leentvaar: ja, ik hoor nu vaak dingen als ik zelf in het veld ben, maar niet omdat het bekend wordt gemaakt vanuit de instellingen of Den Haag.

Zaal: Ik heb nog een vraag aan het kerndepartement. Klopt het dat op dit moment vanuit jullie gezien alleen De Woenselse Poort een forensische longcare voorziening is?

Peter Oostrom: nee, De Voorde ook.

Zaal: mag dat zo heten?

Peter Oostrom: longcare is geen officieel begrip.

Voorzitter: wat is dan precies Transfore?

Leon Feijen: wij zijn een organisatie voor forensische zorg in de regio IJsselvecht en Twente. Het is ontstaan vanuit de sluiting van Oldenkotte. En wij beschikken over 90 bedden; 19 bedden FPK, 16 bedden FPA en wat wellicht voor deze doelgroep het meest interessante is de afdeling Forence. Dat is een afdeling voor de specialistische forensische GGZ, die zich bevindt op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis in Deventer. Toen Oldenkotte nog bestond, was dat de resocialisatieafdeling voor met name as-1-problematiek. Het voordeel of het mooie daarvan is dat ook aan de achterdeur, dus het doorplaatsen naar de specialistische GGZ, in dit geval naar Dimence, een stuk makkelijker is vanuit daar.

Voorzitter: jullie zijn geen longcare in technische zin. Begrijp ik dat goed?

Zaal: ja, maar wat is longcare?

Leon Feijen: als we de lengte van de opname van onze patiënten nemen, die we vanuit de verschillende FPC's krijgen met transmuraal verlot, dan is er wel sprake van een langdurig verblijf en langdurige zorg.

Zaal: dat zijn dus mensen met verlot?

Leon Feijen: ja, dat zijn mensen met transmuraal verlot. Die dus ook kunnen doorstromen naar onze eigen forensische woonvorm. Die wordt bediend door hetzelfde team.

Peter Oostrom: wat we vaak horen op zorgconferenties, want er zijn inmiddels een stuk of vijftig geweest dit jaar, is dat er voor een groot deel van de patiënten behoefte is aan een verblijf waar de behandeldruk heel laag is. Waar wel ruimte is om te bewegen, maar niet in het tempo zoals binnen een FPC. Er moet wel uitzicht zijn op enig perspectief. Zoals de inbedding vanuit GGZ Centraal. Dat soort voorzieningen zoeken wij nu. We zijn nu op zoek naar, hoe krijgen we dat in kaart en hoe kan dat worden gefinancierd.

Voorzitter: dat begrijp ik. Maar heb dus alsjeblieft ook aandacht voor het externe perspectief. De rest van Nederland wil ook graag weten wat er beschikbaar is.

Peter Oostrom: uiteraard.

Zaal: klopt het dat Transfore wel zedenpatiënten opneemt en De Voorde niet?

Arjan van den Nagel: nee, dat klopt niet. We hebben gezegd dat een psychiatrische diagnose het belangrijkste moet zijn. Maar als het delict een zedencomponent heeft, dan is dat geen reden voor ons om een patiënt niet op te nemen.

Zaal: wat bedoel je met een zedencomponent?

Arjan van den Nagel: het kan een zedendelict zijn, maar als we kijken naar pedoseksuele mensen, dan vinden we dat niet zo passend binnen het terrein van de algemene psychiatrie.

Zaal: dus die mensen sluit je uit?

Arjan van den Nagel: Ja.

Zaal: maar jullie nemen toch ook wel mensen met persoonlijkheidsproblematiek op, ook zonder psychiatrische component?

Arjan van den Nagel: ja, maar dan moet het wel een zwakke as 2 zijn.

Wim van Kordelaar: ik wil nog even op het longcare verhaal terugkomen. Er wordt nu wel makkelijk gezegd dat longcare niets is. Als je in de geschiedenis terug kijkt, dan zie je dat de longstay toen al een inhoudelijke differentiatie was, die is geformaliseerd aan het begin van deze eeuw als oplossing voor het capaciteitsprobleem. Het is heel erg vereenzelvigd met het niveau van beveiliging, maar het kan net zo lang zijn als een ander verblijf. Er is ook een inhoudelijke differentiatie naar longcare. Het zijn twee dimensies die volgens mij in een zekere spanning tot elkaar staan. Nu is het zo dat om de longstay een hele regelgeving en beleidskader is gevormd en dat de LAP toetst en er MD-rapportages worden opgemaakt. Maar voor andere patiënten, die met een wat minder hoog beveiligingsniveau eigenlijk ook al heel lang in de tbs verblijven, geldt dat niet. Al die borgen die er zijn binnen de longstay, zijn er voor die patiënten niet. Mijn vraag is eigenlijk, ondanks niet dat ik zo voor borgen ben, zijn die niet nodig of worden die niet nodig gevonden? Hoe verhouden nou die twee delen van de wereld zich tot elkaar? De geformaliseerde longstay en de meer inhoudelijke differentiatie van longcare.

Voorzitter: wat er nu wordt gedaan, is in ieder geval een borg toch? Na zoveel jaar ga je kijken waar de mensen zitten. ze leggen nu de grens bij vijftien jaar. Je kunt de grens ook eerder leggen. Eén van de vragen van Ellen was of je niet al na een jaar of acht zou moeten kijken.

Peter Oostrom: het gemiddelde is 8 jaar, dus alles wat langer zit dan 8 jaar zou je ook naar kunnen kijken.

Voorzitter: wat voor andere borgen heb jij dan voor ogen, Wim?

Wim van Kordelaar: ik heb niet per se borgen voor ogen maar ik heb gemerkt in de laatste tien jaar, of al langer, dat bij alles rondom de longstay er heel veel energie in gaat zitten en dat mensen dan praten over longcare als een bestaand iets, maar zodra je het benoemt als een bestaand iets, dan is het "ja maar, de longcare is niets".

Peter Oostrom: misschien nog een laatste opmerking. Als iemand naar De Voorde gaat met transmuraal verlot of naar een andere voorziening, dan gaat dat altijd via het AVT. Dus die toetsing is er altijd.

Peter Braun: daar gaat het niet om. Waar Wim het over heeft, namelijk de lengte van het verblijf, dat wordt in de longstay heel kritisch gevolgd. En buiten de longstay niet. Hoe staat dat met elkaar in verhouding. Ik zal daar iets aan toevoegen. In 2005 is het hele verlofkader aangepast voor de longstay en dat is kennelijk, blijkt uit de cijfers, een belangrijk struikelblok om te zeggen voor deze persoon moeten we eigenlijk de behandeldruk verminderen. Dit is een langdurige verblijver, een langzame ontwikkelaar, maar die kan meer verlof aan. Dus die kan niet komen want dat vinden we niet correct. Het is te streng. Terwijl om sommige van die voorzieningen een net zo hoog hek staat, maar alleen omdat het niveau lager benoemd wordt, kan die persoon daar wel naartoe. Ik vind dat iets heel kroms hebben. Want dan heb je het over het beveiligingsniveau, terwijl het milieu dat er moet zijn voor die patiënt om goed te kunnen gedijen, dan helemaal niet meer mee telt. Het gaat om verlof. De RSJ suggereert in hun advies om de hele verlofconstructie eruit te halen en bij het AVT neer te leggen, dan zijn we er helemaal vanaf. Hoe simpel is dat. Je kan het schrappen uit het beleidskader en dan is het klaar. Maar het is verkiezingstijd. Van mij mag het beleidskader tot na de verkiezingen uitgesteld worden, als het er dan maar uit wordt gehaald. Uiteindelijk, als je kijkt naar het belang van de patiënt, dan zit de verlofregeling in het beleidskader verschrikkelijk in de weg aan de mooie aansluiting op verschillende voorzieningen. Want heel veel voorzieningen hebben moeite met actieve pedoseksuelen, dat snap ik, terwijl je daar wel meer mee zou kunnen. Laat die dan in zo'n voorziening bij elkaar zitten en plaats anderen op andere plekken. Maar ga niet lopen debatteren over het verlofkader terwijl we daar toch het AVT voor hebben. Die doen uitstekend werk, vertrouw hen alsjeblieft.

Zaal: als je onderscheid wil maken in longcare en longstay, impliceert dat dat de signatuur echt anders is. Kan iemand mij zeggen wat dan de kleur, de signatuur van een patiënt in de longcare is en die van de patiënt in de longstay?

Zaal: behandeling versus beveiliging?

Zaal: longcare is het meest niet productieve product wat al acht jaar in deze contreien rondwaart, waar iedereen een andere invulling aan geeft. Volgens mij moeten we er gewoon niet over praten. Longstay of LFPZ geeft duidelijk aan wat het is; het is meer dan een tbs-kader en het ligt vast in allerlei regelgeving. Longcare is een lege huls. We komen er gewoon al acht jaar niet uit.

Voorzitter: ik wil nu kijken naar de vragen die Ellen heeft geformuleerd. De eerste vraag. Had iemand iets anders verwacht van het onderzoek? Komt het resultaat overeen met de beeldvorming?

Zaal: ik vind dat er meer mensen doorstromen dan dat ik had verwacht.

Voorzitter: waarom komt de meerderheid van de LFPZ patiënten niet in aanmerking voor verlof?

Zaal: volgens mij hebben de patiënten op mijn afdeling zeker voor 70% verlof.

Voorzitter: en bij jouw collega's?

Zaal: bij mij niet. Voor sommige van mijn patiënten is het bijvoorbeeld al super spannend om de afdeling te verlaten. Er zijn bewoners die er niet aan willen denken. De omgeving van hun eigen kamer en de afdeling is veilig. Daar buiten zijn teveel prikkels.

Voorzitter: betreft dat een afdeling voor autisten?

Zaal: nee, voor psychotisch kwetsbare bewoners. Voor een aantal kan het wel prima.

Peter Braun: er zijn mensen op haar afdeling waarbij het na anderhalf jaar als een prestatie wordt gezien dat zij van het woongebouw naar de administratie kunnen lopen om daar een gesprek te voeren met de dokter. Daar zijn we dan heel blij mee. Het is een wandeling van ongeveer 75 meter.

Zaal: ik herken dat soort patiënten wel. Die hebben soms een begeleid verlofkader binnen een reguliere FPC, maar maken daar nooit gebruik van.

Zaal: er is dus geen sprake van een externe blokkade?

Peter Braun: Nee. Zulke zieke mensen zijn er gewoon. Voor iedereen die verlof zou kunnen hebben, vragen we verlof aan.

Zaal: ik werk op een afdeling met forse persoonlijkheidsproblematiek, de nieuwe afdeling in Nijmegen. Daar heeft momenteel niemand verlof. En wat ik merk is dat we nog heel druk bezig zijn met het feit dat die mensen geen inzicht hebben in hun problematiek, er is geen sprake van overeenstemming over de risicofactoren, ze staan vaak niet achter hun delict en zijn nauwelijks in de samenwerking. Dat zijn toch wel belangrijke basisvoorwaarden om verlof aan te kunnen vragen. We zijn daar nog heel erg druk mee bezig.

Zaal: dat was in Vught toch ook al het geval?

Zaal: ja, dat klopt. Je komt met deze bewoners niet tot de kern en dus ook niet tot vooruitgang. Dat is heel jammer.

Peter Oostrom: maar dat heeft dus niets te maken met het beleidskader en de verlofregeling?

Zaal: nee.

Zaal: Maar daar heb ik wel last van, want de mensen op mijn afdeling zouden prima onbegeleid op verlof kunnen. Het risicomanagement is op orde en de samenwerking verloopt goed. Maar het kan niet.

Peter Braun: zijn dat patiënten die je wel uit zou kunnen plaatsen?

Zaal: een aantal van mijn patiënten zijn naar mijn collega gegaan, eigenlijk uit nood geboren. Een aantal van die mensen zei; ik wil liever bij jullie blijven. Dit is mijn leven, hier voel ik me prettig en ik heb goede zorg. Maar dan zeggen ze ook dat als ze nooit meer onbegeleid een brood kunnen halen, dat ze dan willen vechten. Ze willen door. Dan vraag ik me serieus af wat het beste is. Wij drukken dan met zijn allen op de knop uitstroom, maar ik denk dan soms waarom moet dat?

Zaal: je vraagt je dan ook af waar het in het eerdere traject is misgegaan. Dan heb je zo'n behoefte aan die feedback-loop. Want dat hou ik hier wel aan over. Je vraagt je af hoe het traject eruit heeft gezien en of het niet eerder had gekund toen ze nog meer mogelijkheden hadden. Je ziet zoveel verharde patiënten, waarbij we vroeger misschien veel teveel van ze vroegen.

Peter Braun: wat wij hebben gezien, is dat we een aantal keer longstay patiënten in de aanbieding kregen die we na twee jaar weer op de rit hadden. Sommige bewoners moeten misschien wel aan het begin van het traject een jaar of twee jaar op de LFPZ verblijven, om op adem te komen en te bedenken wat ze met hun leven willen. Misschien bedenken ze dan wel dat dit niets voor hen is en besluiten ze om er toch voor te gaan.

Zaal: ik ken genoeg mensen die in het begin zeggen dat ze het toch niet kunnen. Er worden soms ook zulke hoge eisen gesteld aan die mensen.

Peter Braun: op dit moment wordt door veel klinieken hoog ingestoken. Je moet binnen een jaar begeleid verlof aanvragen en binnen twee jaar moet je denken aan onbegeleid verlof. Het wordt duwen, duwen, duwen en voor sommige mensen is duwen het slechtste wat je kunt doen. Je moet er vooral van afblijven.

Zaal: je moet differentiëren. Maar in de LFPZ Zeeland heb je ook mensen zitten met een tweede of zelfs derde tbs-maatregel. Die hebben al veel behandelingen gedurende

hun hele leven gehad. Die problematiek verandert niet. Is het dan nog te verwachten dat je een resocialisatietraject in kan gaan?

Voorzitter: dat is ook een van de laatste vragen. Is er een groep waarvan je kunt zeggen, daar is de LFPZ echt geschikt voor? Die komen er niet uit en die hoeven er ook niet uit.

Peter Braun: de LFPZ is niet geschikt als iemand er nooit meer uitkomt. De LFPZ is geschikt om mensen die vast zitten, ofwel weer in beweging te krijgen ofwel voor hen een goede verblijfplaats te vinden. En daar kom je pas achter als je het hebt geprobeerd.

Zaal: je wilt het maximaal haalbare bereiken.

Peter Braun: ja. Te denken dat de LFPZ uitsluitend voor mensen is die daar moeten blijven, vind ik een onderwaardering van de mogelijkheden van de LFPZ.

Voorzitter: dat is in het algemeen gesproken zo. Maar per patiënt zou je kunnen differentiëren natuurlijk.

Peter Braun: ja, maar daar kom je soms pas achter als je het probeert. We hebben mensen gehad van wie we dachten; die komen er nooit meer uit. Maar op een gegeven moment snappen ze iets en dan gaat er boven een klik aan en dan gaan ze als een speer. Dat hebben we net in Jan Thomsen zijn presentatie gezien. Daar zaten mensen bij met een geschiedenis waar je helemaal akelig van wordt. Het is buitengewoon triest dat ze op hoge leeftijd, vlak voordat het allemaal gaat lukken, ziek worden en dood gaan. Dat heeft dan misschien wel meer te maken met het feit dat wij te lang op dezelfde knop hebben zitten drukken, voordat we dachten laten we eens een keer iets anders proberen, dan dat het er helemaal niet bij deze patiënt in zat.

Erik Bulten: in aanvulling daarop. In ons contact met achttien andere landen wordt vaak gezegd dat als wij dit hadden, dan zouden we vaker mensen even kort in de longstay plaatsen om te kijken wat er gebeurt. Zonder behandeling maar met beveiliging.

Voorzitter: dat zou nu in theorie toch ook kunnen?

Peter Braun: nee, je kan zomaar even bij een behandelimpasse longstay krijgen.

Voorzitter: nee, maar je hebt die groep van patiënten die langer dan vijftien jaar in de tbs zitten, maar niet in de longstay, die verblijven ook in een FPC zonder dat er behandeling is.

Zaal: nee, dat is een heel groot verschil, als je in een groep zit waar toch voortdurend behandeldruk is en anderen doorgaan en jij bent de enige die niet verder komt. Dan kunnen we het nog zo proberen, maar dat is echt anders.

Peter Braun: wij ontvangen patiënten die ons worden aangeboden. Ik hoor weleens verhalen over patiënten van wie ik denk, die zou ik gunnen dat ze bij ons mogen komen gewoon om te kijken wat er gebeurt. Maar ja, dat is aan de kliniek en de LAP en het ministerie. Ik ga niet hengelen. Maar ik zie wel mensen waarvan ik denk, daar zou het wel goed voor zijn.

Zaal: een soort van revalidatie-tussenvoorziening.

Peter Braun: ja, maar dat is toch ook zo.

Voorzitter: maar omgekeerd dan ook.

Zaal: ja. Als je een bewoner vanuit Zeeland naar De Voorde hebt geplaatst en die kan daar niet aarden en zit in de knoel met zichzelf, laat hem dan een paar maanden terugkomen. Zodat wij weer een beetje op hem kunnen inpraten. En dat hij daarna weer terug die kant op kan. Dat is ook niet mogelijk en dat is heel jammer.

Voorzitter: De Voorde past het zelf wel toe, begrijp ik.

Zaal: ja, maar dan zitten ze er niet met een longstay titel. En daar zitten wij juist mee.

Peter Braun: dat is het voordeel als je binnen de instelling kan transmuraliseren naar verschillende voorzieningen. Wij kunnen patiënten niet terughalen als het transmuraliseren op De Voorde of een andere plek niet lukt. Want als de patiënt terug moet, dan heeft hij geen longstay status meer en dan moet hij bijvoorbeeld naar de behandelafdeling in Nijmegen. Waar de behandeldruk meteen weer enorm is. En de vertrouwde is er dan niet. Dat zit dus in de niet-aansluitende systemen.

Zaal: dit is dus een pleidooi om de longstay ook te kunnen gebruiken als een soort van time-out voorziening. Zodat je met een indicatie iemand tijdelijk kan terugnemen. Ik denk wel dat dat voordelen kan hebben. Je kan dan misschien een behandelimpasse doorbreken.

Voorzitter: ik zie hier bij de afdeling Plaatsing knikkende hoofden. Is daar iets op te verzinnen?

Peter Oostrom: het beleidskader is nog niet definitief dus ik zou zeggen, zorg dat dit er nog in komt.

Zaal: er hoeven dan maar een paar alinea's herschreven te worden.

Voorzitter: tijdelijke plaatsing op een verblijfsafdeling, moet er dan in komen te staan.

Zaal: toen het AVT begon had minder dan 50% van de patiënten verlof. ik denk dat nu wel ongeveer 75% met verlof gaat. Toen de longstay in 2003 is bedacht, waren we het allemaal eens. Je hebt een populatie van 1200 tot 1500 man. 70 man moet je niets meer aan doen. Die blijven gevaarlijk. Iedere samenleving heeft zo'n clubje. Peter Braun zegt terecht dat tegen de verwachting in een aantal van die mensen toch nog in beweging komt. Maar mag ik nog denken of bedenken dat het voor een aantal mensen nou eenmaal zo is, wat we ook proberen. Je kan je ook focussen op de mensen die wel verlof hebben in plaats van je steeds af te vragen waarom een aantal mensen geen verlof heeft. We kunnen bedenken dat we willen, maar er zal ook een ondergrens zijn van patiënten die nou eenmaal altijd die beveiligingscomponent nodig hebben.

Zaal: het is toch een soort van verpleeghuis dan.

Zaal: ja, dat gevoel krijg ik soms ook. Volgens mij leveren we prima zorg in Zeeland en in Nijmegen en waar dan ook. Het lijkt er soms een beetje op dat alles eruit moet. Maar voor sommige patiënten is het echt heel prettig. Ik vind het mooi om op de sheet van Jan Thomsen te lezen dat patiënten terugkijken op een prettig verblijf bij ons.

Erik Bulten: ik wil er nog een positieve noot aan toevoegen. Vanuit die groep van achttien landen zijn veel landen jaloers op dat wij het hier zichtbaar durven te maken. Of het nou door de longstay komt of door dit soort conferenties, maar er zijn veel landen waar het hele thema van langdurige behandeling niet wordt besproken. Als je bijvoorbeeld naar Engeland kijkt, dan kunnen mensen vijftien jaar in de high security fase verblijven zonder enige vorm van verlof. Die groep is onzichtbaar. Ze zijn verstoep in gevangenissen. Het feit dat we er over nadenken en er ook iets op hebben georganiseerd, daardoor wordt het thema geadresseerd. Het kan misschien wel beter of anders. Je moet het als een positieve component zien dat we er in ieder geval over nadenken. Door in discussie te gaan, kunnen we verbeteren en ook die groep durven te benoemen waarvan we denken dat het er gewoon niet in zit. Je moet het niet zien als een slechte ontwikkeling.

Voorzitter: onze indruk als LAP is dat mensen uitstekend worden verzorgd. Dat ze het ook goed naar hun zin hebben. Al moet ik dan wel ook meteen denken aan de ervaringen die we hadden in Veldzicht waar nog best jonge mensen

zaten die longstay hadden en die zeiden dat ze de rest van hun leven daar wilden blijven. Dat vonden wij dan iets te gortig. Zo moet het natuurlijk niet zijn.

Zaal: je moet druk zetten op de zaken waar iets te halen valt.

Peter Braun: en accepteren daar waar dat niet meer is. En dan mensen op een gegeven moment echt met rust durven laten. Ik ben het er mee eens dat die mensen er ook zijn.

Zaal: je hebt toch ook mensen met een IQ van 30, waarbij je ook niet gaat proberen om dat IQ op te hogen. Dat kan je ook met andere problematiek hebben.

Peter Braun: in een verpleeghuis ga je ook niet proberen om iemands benen weer aan te laten groeien. Het lukt niet. Sommigen kunnen niet meer veilig terug naar de maatschappij. Sommige patiënten accepteren dat en daar moeten wij ze ook in respecteren. En als je dan gaat zeggen; jij moet eruit. Dat maakt ze alleen maar gevaarlijker. De truc is om die mensen eruit te vissen die toch nog door kunnen.

Voorzitter: dan gaan we over naar de volgende vraag. Voor welke groepen patiënten bestaan er knelpunten in de uitstroom, terwijl opheffing van de LFPZ wel in de rede ligt? Aan welk soort voorzieningen en/of maatwerk is behoefte? We hebben het een en ander al gehoord.

Peter Braun: de passieve pedofiel. Die kan je heel moeilijk kwijt. Die groep is ongeveer 35% van onze populatie. Dat zijn dus pedoseksuelen, die een lange aanloopfase hebben tot grensoverschrijdend gedrag. Dat zijn niet degenen die in de bosjes zitten en de kinderen van de fiets af rukken. Het zijn van die mannen die bij kinderen gaan oppassen of op een kinderdagverblijf gaan werken en dan na een jaar een speciale relatie opbouwen met de ouders. Daar gaat een heel lang grooming-proces aan vooraf. Dat kun je risicomanagement-technisch heel goed volgen. Ook al kan je dat goed volgen, dan kan je ze toch niet kwijt. Op de meeste psychiatrische voorzieningen zijn kinderdagverblijven voor de kinderen van het personeel.

Zaal: dat hoort daar toch ook niet echt thuis. Ik zie niet zoveel logica om te denken dat die groep op het terrein van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis moet verblijven.

Peter Braun: nee, maar ze mankeren niet alleen maar dat. Je hebt vaak dat ze daarnaast ook nog autistisch zijn of heel psychotisch. Het zijn vaak nooit zuivere pedofielen. Die hebben wij in ieder geval niet. We hebben mensen die én zwakbegaafd én verslaafd, etcetera zijn. Als zo'n passieve pedoseksuele problematiek in het pakketje zit, dan is het

een blijver want die krijg je niet kwijt. Ik zit nu wel te denken of we daar niet een voorziening voor kunnen maken met een klein hekje er omheen, waar ze niet overheen kunnen klimmen en waar alle bewegingen buiten bekend van zijn. Maar waar niet 95 meter hekwerk omheen staat. Mensen die gaan zwerven, vinden we allemaal niet zo erg als dan de deur op slot gaat, maar bij pedoseksuelen vinden we het allemaal verschrikkelijk.

Zaal: ben jij met Zeeland niet gewoon die voorziening? En zou je niet alleen moeten nadenken of deze mannen die een langere aanloop hebben, ook af en toe gedoseerd begeleid naar buiten kunnen gaan.

Peter Braun: ja, daar ben ik het helemaal mee eens. Die mannen zitten bij ons en die hebben het goed naar hun zin. Ze worden bij ons niet al te zeer gepest of in elkaar geslagen. Er is redelijk respect over en weer. Ook omdat wij zeggen, het maakt mij niet uit wat je hebt gedaan. Als jij je fatsoenlijk gedraagt dan verdien jij het respect, net zoals als een ander. Dat is iets wat ze vaak in veel omgevingen niet meer tegenkomen.

Voorzitter: een 24-uurs voorziening of zoiets.

Peter Braun: als ze naar buiten moeten, dan breekt de hel los. Dat hebben we in Venlo wel meegemaakt, toen we daar een resocialisatieafdeling openden. Dat tien keer de sloten werden dicht gelijmd door vriendelijke buurtbewoners.

Voorzitter: en 24-uurs voorzieningen voor longcare? Of een RIBW? Of een RIBW plus.

Peter Braun: die zijn er bijna niet. Althans, niet voor deze groep.

Voorzitter: je zou er aan kunnen denken om die te maken.

Zaal: wij wilden er eentje openen in Zuid-Limburg, maar dat mocht niet. Daar gaan we misschien alsnog over onderhandelen. Er werd ons gevraagd door de reclassering om juist voor die doelgroep een begeleide woonvorm op te starten omdat ze die niet kwijt konden in Zuid-Limburg. Dus wij hebben ingeschreven op een uitbreiding van onze RIBW-mogelijkheden. En om de een of andere voor ons onbegrijpelijke formele reden, ik geloof dat we acht plaatsen hadden aangevraagd en we hadden tot zeven mogen gaan, werd het afgewezen. Dan denk ik, er is behoefte aan en wij kunnen het leveren, in combinatie met onze polikliniek in Maastricht. Toch is het niet toegekend.

Zaal: De Limor is volgens mij ook bezig om zoiets te ontwikkelen.

Peter Braun: iedereen voelt die behoefte.

Zaal: ja, maar uiteindelijk blijft het moeilijk om die mensen ergens te stationeren. Niemand wil ze in de buurt hebben.

Voorzitter: er is dus een duidelijke behoefte om de passieve pedoseksuelen te kunnen uitplaatsen. Zijn er nog meer groepen?

Zaal: patiënten met agressie en een ex-tbs titel. Die zijn niet te plaatsen.

Arjan van der Nagel: in De Voorde werken we nu met Philadelphia. Ze hebben een aantal bedden bij ons in de kliniek. Maar het is een hele ingewikkelde doelgroep. Er is tot op heden nog niet een goed antwoord voor.

Zaal: nee, want het is geen primair psychiatrische problematiek. Vanuit hun zwakbegaafdheid snappen ze het niet en worden dan snel boos. Die impulsen worden omgezet in het aanvallen van sociotherapeuten. Het gaat om extreme agressie.

Zaal: valt er niet iets te regelen vanuit Hoeve Boschoord?

Zaal: Hoeve Boschoord betreft geen langdurig wonen. Waar ik aan denk is Kemnade. Dat is een groot terrein. Zet daar drie paviljoenen op, waar je mensen die behoorlijk agressief kunnen worden laat verblijven. En een hek er omheen.

Zaal: maar wat is dan de meerwaarde ten opzichte van het verblijf nu in Zeeland?

Zaal: nou, dat is er niet zozeer.

Zaal: maar daar hebben we het nu toch over.

Zaal: dan lijkt het er meer om te gaan dat het gewoon uit een ander potje betaald moet worden.

Peter Braun: ik heb het idee dat het geen longstay of LFPZ mag heten. Als het maar anders heet, dan is het goed. Wat is er nou mis mee, met zoals het nu is?

Zaal: het enige voordeel wat ik zie is dat zoals bij De Voorde of Pluryn, mensen kleine stapjes kunnen zetten. En daar kunnen ze ook nog met onbegeleid verlov. De Voorde heeft zelf ook aangegeven dat ze verbaasd zijn over hoeveel er dan toch nog mogelijk blijkt te zijn. Zij kunnen die experimenten met patiënten meer doen dan jullie. Als jullie onbegeleide vrijheden zouden kunnen hebben, dan zou het opgelost zijn.

Peter Braun: we zitten dus met een in principe overbodige regel.

Zaal: ik ben eerlijk gezegd het spoor een beetje bijster, want ik ben drie jaar uit het tbs-veld weg, maar direct aan longstay gerelateerd is toch de mate van chroniciteit van de delictgevaarlijkheid? Daar waar patiënten in Zeeland verblijven, ga ik er vanuit dat het vooral gerelateerd is aan de chronische delictgevaarlijkheid. En niet zozeer van de complexiteit van ziektebeelden of complexiteit van begeleiding.

Zaal: als het risicomanagement om het risico in te dammen op een andere plek voorhanden is, dan heb je een criterium om uit te plaatsen. Maar als dat niet op een andere plek voorhanden is, dan houdt het op. En daar lopen we in Zeeland tegen aan. Ik heb nog wel een leuke doelgroep: de ASS-patiënten. Dat is ook een heel groot probleem. Je hebt nergens een goede voorziening met de juiste bejegening en het juiste milieu.

Voorzitter: hoe zou die voorziening er uit moeten zien?

Zaal: een individuele klinische plaatsing met een bejegening afgestemd op de patiënt.

Zaal: maar daar ontbreekt het aan. Ik hoorde net ook de LVB-populatie genoemd worden. Dat zijn de lastige doelgroepen nu. Ik heb daar wel over nagedacht. Ik zou het liefste willen dat er een woonsetting komt met zes of acht bedden voor alleen specifiek autisme. Met daar dus ook een hele gerichte benadering en structuur op. Volgens mij lukt het dan wel. Het is een groep die een beetje bij elkaar past qua benadering. Zonder ingewikkelde groepsdynamiek. En dat dan ook voor de LVB patiënten.

Voorzitter: en wie moet dat dan bedenken?

Zaal: Kwintes heeft een tijd een autisme-afdeling gehad, die uiteindelijk helemaal uit elkaar is gehaald. Volgens mij kwam dat door een beslissing van de gemeente. Die wilden een regio-gebonden plaatsing. Dus niet alle autisten uit Nederland op één plek. Het ontbreekt wel echt aan specifieke plekken. Je komt plekken tegen waar allerlei mensen zitten.

Zaal: ja, daar ontstaan dan juist incidenten omdat die mensen niet juist bejegend worden. Ze zitten op een groep met een ander soort patiënten en dan krijg je dus juist incidenten.

Paul de Graaff: maar we zijn hier bij elkaar met overwegend zorgaanbieders. Waarom wordt het product niet door jullie aangeboden?

Zaal: we krijgen het ook niet altijd als we het aanvragen.

Voorzitter: er was iets mis gegaan met de financiering begreep ik.

Peter Oostrom: aan de andere kant is dit jaar expliciet vanuit het project langdurig verblijvenden bij alle inkopers deze vraag neergelegd. Ik ben heel benieuwd wat daar uit komt. Ik had het er ook nog even met iemand van de Van der Hoevenkliniek over. Die hebben een aantal jaren geleden De Voorde geopend en dat is een succes en ze hebben nu onlangs een nieuwe afdeling geopend en dat is ook een succes. Dat is ondernemend. Ik ben heel benieuwd wat andere klinieken gaan doen.

Voorzitter: dit is dus een oproep aan de FPC's.

Zaal: het zou mooi zijn als zo'n voorziening als in Zeeland ook meer differentiaties krijgt. Het succes van die voorzieningen is de getraptheid; de mogelijkheid om binnen de eigen instelling heel geleidelijk af te schakelen. Dat betekent dat die mogelijkheid ook in enige mate voor Zeeland er zou moeten zijn. Dus dat er niet alleen maar meer tbs en longstay is, maar ook twintig ander soorten plaatsingen.

Zaal: er wordt een label opgeplakt en als het dan niet de goede naam heeft, dan krijg je het niet. Terwijl je moet zeggen; wat heb je te bieden.

Peter Oostrom: we proberen in ieder geval vanuit DIZ de behoeftevraag neer te leggen bij inkoop. De inkoop-technische zaken interesseren mij eigenlijk ook niet zo. Het gaat om de vraag.

Erik Bulten: nog een vraag. Is het niet zo dat er meer vanuit de fantasie wordt gezegd dat de GGZ meer van dit soort dingen zal gaan overnemen? Als je kijkt naar de omniumneralisering die nu plaatsvindt. Echte uitplaatsing zal moeilijk gaan worden. Ik sprak laatst iemand van een zorgkantoor van een zorgverzekeraar en daar vinden ze verblijf van langer dan een jaar uitermate langdurig en chronisch. Toen ik vertelde over ForFact, zeiden ze dat ze maar eens moesten gaan kijken om dat te gaan limiteren tot een jaar.

Zaal: bij autisme zeggen ze; je behandelt wat je kan behandelen en dan is het klaar.

Voorzitter: ik kom nog even terug op de eerdere vraag over een afschaling van Zeeland, om het daar door te laten stromen. Het zou een juridisch probleem zijn omdat het als longstay afdeling is aangewezen, maar er zijn natuurlijk mogelijkheden. Bijvoorbeeld door te zeggen: een deel van Zeeland is longstay afdeling en een deel is dat niet.

Zaal: het hangt niet zozeer vast aan de plek of locatie, maar aan het feit dat we een systeem hebben voor langdurige psychiatrische zorg en dat die patiënten een indicatie hebben. Op basis van die indicatie zijn er bepaalde rechten. Je kan een deel doen met een andere titel en die patiënten zullen dan wel verlofmogelijkheden hebben.

Voorzitter: ik kijk nog even naar de andere vragen. Ik was nog wel geïnteresseerd in de voor laatste vraag van de sheet. Op welke wijze kunnen procedures en partijen beter op elkaar aansluiten en hoe kan dit gemonitord worden?

Zaal: Peter Braun zei er straks al iets over. We hebben dit onderzoek als LAP kunnen doen, omdat we nu weten wat er met onze adviezen is gedaan en dat konden we de vorige keer niet. Ik zou het heel mooi vinden als de informatievoorziening zowel naar ons toe als naar de klinieken beter wordt. Dan kan je kijken wat er is gebeurd en of je daar nog van kan leren. Anders blijf je misschien steeds dezelfde dingen doen. Volgens mij moet dat niet zo moeilijk te organiseren zijn. We missen overdracht van informatie en een terugkoppeling over wat er gebeurd is. Het is niet ingewikkeld maar het gebeurt gewoon niet.

Ellen Leentvaar: ik denk dat we er allemaal behoefte aan hebben, dus misschien moeten we gewoon met de LFPZ, LAP en DIZ om de tafel gaan zitten om te kijken hoe dit praktisch gezien geregeld zou kunnen worden.

Zaal: we kunnen dit allemaal wel willen, maar er is in dit land nou eenmaal zoiets als een wet die zegt dat je niet zomaar informatie mag uitwisselen over mensen. Dan moeten we daar toch eerst iets aan gaan veranderen.

Peter Braun: het ministerie van veiligheid en justitie zit vol met juristen, dus die kunnen daar vast wel iets op vinden.

Zaal: die zullen zeggen dat het niet zomaar kan.

Zaal: het gaat toch om informatie over wat er in het algemeen met deze patiënten is gebeurd. Daar hoeft je toch helemaal geen persoonsinformatie over uit te wisselen? Het gaat om die feedbackloop.

Voorzitter: er is behoefte aan feedback in individuele zaken, maar er is ook behoefte naar meer algemeen onderzoek naar factoren die van belang zijn.

Zaal: dan krijg je geanonimiseerde gegevens. Maar soms zegt een patiënt dat hij dit allemaal al heeft gedaan en dan kan je niet eens nagaan wat het dan is. Je kan heel veel energie verspillen door dingen opnieuw verkeerd te doen.

Zaal: voor rapporteurs zou het ook prettig zijn om terug te horen wat er met het advies is gebeurd.

Ellen Leentvaar: rapporteurs weten niet eens als ze geadviseerd hebben over een longstay aanvraag, of die wel of niet wordt toegewezen.

Peter Oostrom: dan kunnen ze in CDD kijken. Dat staat open voor het NIFP.

Voorzitter: en als dat niet zo is, dan moeten ze alsnog aan de bel trekken?

Peter Oostrom: ja.

Ellen Leentvaar: ik wil nog even terugkomen op de suggestie voor een casusoverleg. Ik denk dat we daar allemaal voor zijn, dus laten we dat gewoon gaan organiseren.

Zaal: ik hoorde net de achterbuurvrouw een heel mooi woord in mijn oor fluisteren: voorwaardelijke beëindiging van de longstay. Toen dacht ik; ja, dat zou mooi zijn. Dan kan je eerst testen of iemand goed gedijt in een andere voorziening en daarna opheffen. Dan kan iemand altijd nog terugkomen als het niet goed blijkt te gaan.

Zaal: een proefplaatsing kan natuurlijk ook.

Leon Feijen: ik zou nog wel even, heel commercieel, van de gelegenheid gebruik willen maken om als Transfore, als ambitieuze zorgaanbieder, te zeggen dat als er patiënten zijn met transmuraal verlot vanuit Zeeland, dan bieden wij ons graag aan om op tijd meegenomen te worden in de individuele patiëntentrajecten om te kijken wat mogelijk is.

Peter Braun: de longstay-ers mogen geen ander verlot dan begeleid verlot hebben. Wij kunnen geen transmuraal verlot aanvragen.

Ellen Leentvaar: volgens mij bedoelt Leon te zeggen, dat ze aanbieden om eerder in het traject mee te kijken met patiënten of zij mogelijkheden zien voor plaatsing bij Transfore.

Leon Feijen: ik begrijp dat Zeeland moet bekijken of er patiënten zijn die wellicht weer in behandeling zijn en dat er een moment van resocialisatie komt en in dit proces bieden wij ons aan.

Voorzitter: Ik wil gaan afsluiten. Ik dank alle sprekers en deelnemers. Ik denk dat het een heel nuttige middag was.



Colofon

Dit verslag is een uitgave van:

Landelijke Adviescommissie Plaatsing

Catharijnesingel 51

3511 GC Utrecht

T 0880 713 900

LAP@avt.minjus.nl

www.landelijkeadviescommissieplaatsing.nl

© Rijksoverheid | Januari 2017

100084