

REACTIE OP

'Leidt ambulantisering tot meer gevangenschap van psychiatrische patiënten?'

Met enthousiasme heb ik het redactioneel van collega Roza (2020) gelezen in het februarinummer van dit tijdschrift. Als forensisch psychiater vind ik het belangrijk dat zij dit maatschappelijk relevante thema onder de aandacht heeft gebracht voor alle psychiaters, niet enkel de forensisch psychiaters. Zij besloot dit redactioneel met twee cruciale zinnen die ik volledig kan omarmen: *'Ambulantisering dient ertoe te leiden dat psychiatrische patiënten beter en succesvoller kunnen participeren in de samenleving. Het kan niet de bedoeling zijn dat voor hen die uiteindelijk niet lukt het strafrechtstelsel en gevangeniswezen het eindstation wordt.'*

Graag wil ik enkele kanttekeningen maken naar aanleiding van dit redactioneel. Ook in België en Nederland is het zo dat psychische gezondheidsproblemen (psychiatrische stoornissen, psychische klachten en middelengebruik) disproportioneel vaker voorkomen bij gedetineerden in vergelijking met de algemene bevolking. Deze slechte gezondheid gaat gepaard met verschillende ongunstige uitkomsten, waaronder suïcide. Vrouwelijke gedetineerden hebben nog meer psychische problemen dan mannen in detentie. Favril en Dirkzwager (2019) publiceerden hier een fraaie systematische literatuurstudie over. Eerder pleitten Favril e.a. (2017) voor het belang van psychiatrische zorg voor alle Vlaamse gedetineerden, gelijkwaardig aan deze zorg extra muros. Evidence-based interventies zouden psychische noden, aantallen recidive en herhaaldelijke opsluitingen kunnen verminderen. Het proces van de-institutionalisering en eventuele transinstitutionalisering is een moeilijker discussie. Priebe e.a. (2005) onderzochten de invloeden van de-institutionalisering in zes Europese landen, namelijk Engeland, Duitsland, Italië, Spanje, Zweden en Nederland. De aantallen forensische bedden en forensische beschermde woonvoorzieningen stegen in alle landen, terwijl de veranderingen in aantallen gedwongen opnames niet consistent waren. Het aantal reguliere psychiatrische bedden daalde in vijf landen, maar slechts in Italië en Nederland woog deze vermindering op tegen aantal bijkomende plaatsen in forensisch psychiatrische ziekenhuizen en woonvoorzieningen. Bovendien nam de gevangenispopulatie aanzienlijk toe in al die landen. We zouden terecht kunnen spreken van een *forensificatie* van de psychiatrie in de laatste decennia.

Ontwikkelingen in België

In België startte de de-institutionalisering pas in 2011 en slechts in beperkte mate. Bovendien heeft België nog

AUTEUR

KRIS GOETHALS, forensisch psychiater en psychotherapeut, directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen; hoogleraar Forensische psychiatrie, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Kris Goethals, UZA, Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België.
E-mail: kris.goethals@uza.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'Does ambulantization lead to more imprisonment of psychiatric patients?'

steeds het op één na hoogste aantal psychiatrische bedden (per 100.000 inwoners) ter wereld, na Japan. Behalve voor de gevolgen van de-institutionalisering dienen we ook waakzaam te zijn voor de zogenaamde transinstitutionalisering. Dit laatste wijst op de verschuiving naar instellingen beheerd door justitie in plaats van door de geestelijke gezondheidszorg (Marquant & Torres-Gonzalez 2018). Transinstitutionalisering betekent dus concreet dat psychiatrische patiënten overgeplaatst worden van de reguliere naar de forensische psychiatrie, of erger nog, naar de gevangenis.

Dit is een onwenselijke en schadelijke bijwerking van de-institutionalisering. Maar de-institutionalisering is slechts een van de vele factoren die kunnen leiden tot transinstitutionalisering. In ieder geval is transinstitutionalisering een duidelijk risico voor chronische, complexe en zorg mijddende patiënten. Ten slotte wezen Marquant en Torres-Gonzalez op het essentiële belang van het goed organiseren van maatschappijgerichte psychiatrische zorg om transinstitutionalisering te vermijden.

Ook in België staan we voor belangrijke uitdagingen. Sinds 2016 is er de nieuwe wet op de internering. Er moet aan drie belangrijke voorwaarden voldaan zijn om een internering op te leggen:

1. Het individu heeft een misdaad of wanbedrijf gepleegd die de *fysieke of psychische integriteit van derden aantast of bedreigt*.



ARTIKEL



2. Het individu lijdt op het ogenblik van de beoordeling aan een geestesstoornis die zijn of haar oordeelsvermogen of de controle over zijn of haar daden tenietdoet of ernstig aantast.
3. Het gevaar bestaat dat dit individu als gevolg van deze geestesstoornis, eventueel in samenhang met andere risicofactoren, opnieuw misdrijven zoals vermeld in 1. zal plegen.

In de eerste voorwaarde is nu expliciet gesteld dat de fysieke of psychische integriteit van derden aangetast of bedreigd moet worden. Dit betekent dat er een proportionaliteitsafweging gemaakt wordt wat betreft interneringswaardige delicten, in tegenstelling tot de vroegere wet. De verwachting is dan ook dat er een groep verdachten zal zijn die ten gevolge van deze wettelijke drempel vrijgesproken zal dienen te worden. Maar meer ingrijpende gevolgen zouden ook kunnen zijn: minder opgelegde nieuwe interneringen, (nog) meer gedwongen opnames in de algemene psychiatrie, meer forensische psychiatrische kenmerken bij reguliere psychiatrische patiënten en (nog) meer psychische aandoeningen bij veroordeelde gevangenen.

Uit het voorgaande mag blijken dat een antwoord formuleren op dit redactioneel een erg complexe denkoefening is waarbij we bij monitoring ook eventuele veranderingen van het aantal psychiatrische patiënten dat met het strafrecht in aanraking komt, zullen moeten volgen. In ieder geval zal een nauwe samenwerking tussen de reguliere en de forensische psychiatrie noodzakelijk zijn.

LITERATUUR

- Favril L, Dirkzwager A. De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. *Tijdschr Criminol* 2019; 61: 5-32.
- Favril L, Vander Laenen F, Audenaert K. Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen. *Panopticon* 2017; 38: 231-45.
- Marquant T, Torres-Gonzalez F. Deinstitutionalisation versus transinstitutionalization. In: Goethals K, red. *Forensic psychiatry and psychology in Europe: A cross-border study guide*. Cham: Springer; 2018. p. 293-304.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzalez F, e.a. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123-6.
- Roza S. Leidt ambulantisering tot meer gevangenschap van psychiatrische patiënten? *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 94-6.

ANTWOORD AAN

Goethals

Ik dank collega Goethals hartelijk voor zijn uitvoerige en relevante aanvullingen en opmerkingen bij mijn redactioneel. Hij noemt het disproportioneel vaker voorkomen van psychiatrische stoornissen, psychische problemen en middelengebruik bij alle gedetineerden, waarbij vrouwelijke gedetineerden nog meer zijn aangedaan dan mannelijke gedetineerden. Daarmee onderstreept hij het belang van gelijkwaardige psychiatrische zorg binnen de gevangenis. De WHO formuleert in haar uitgangspunten voor *prison mental health* dat gedetineerden dezelfde zorg moeten kunnen krijgen als mensen met psychische problemen in de maatschappij (WHO/Europe 2014).

In Nederland wordt dit 'equivalentiebeginsel' vormgegeven door het realiseren van goede basiszorg, goede screening en diagnostiek voor psychische problematiek en passende zorg conform de basis-ggz. Elke penitentiaire inrichting in Nederland kent een psychomedisch overleg (PMO), waarbij betrokken zijn: een instellingspsycholoog, medische dienst (verpleegkundigen en huisarts) en een psychiater. Indien nodig kan men doorverwijzen naar één van de vier penitentiaire psychiatrische centra (PPC's) in Nederland, waar zorg vergelijkbaar met de specialistische ggz beschikbaar is, of naar (andere) forensische zorginstellingen.

Een belangrijk uitgangspunt voor het leveren van goede (gelijkwaardige) zorg betreft echter ook de continuïteit van zorg. Detentietrajecten zijn lang niet altijd voorspelbaar, zeker niet bij personen in preventieve hechtenis, die op elk moment plotseling geschorst of in vrijheid gesteld kunnen worden. Goede samenwerking, communicatie en overdracht tussen psychologen en psychiaters werkzaam binnen detentie en hun extramurale samenwerkingspartners, vormen de sleutel tot het realiseren van deze continuïteit.

Knelpunten in Nederland

De nieuwe wetgeving in Nederland, de Wet verplichte ggz (Wvvggz), de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet forensische zorg (Wfz), levert naast kansen op dit moment vooral ook nog allerlei struikelblokken op, veelal logistiek en financieel van aard. Bij een groot aantal gedetineerde psychiatrische patiënten is, door gebrekkige motivatie en zorgmijding, na detentie een vorm van gedwongen zorg noodzakelijk. Het voortraject en onderzoek naar een zorgmachtiging door een daartoe aangewezen geneesheer-directeur van een reguliere ggz-instelling worden echter vanuit de Zorgverzekeringswet niet bekostigd, omdat gedetineerden geen zorgverzekering hebben (zorg geleverd in detentie wordt door Justitie bekostigd).

AUTEUR

SABINE ROZA, psychiater en directeur Zorg & Behandeling, PPC Haaglanden, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, en universitair hoofddocent Forensische psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: s.roza@erasmusmc.nl

Psychiaters van externe ggz-instellingen moeten bovendien meerdere keren afreizen naar een PPC, soms aan de andere kant van het land. In de huidige COVID-19-tijd is dergelijk bezoek zeker niet makkelijker geworden, al wordt uit alle macht gewerkt aan individueel maatwerk, mogelijkheden tot videoverbindingen en zorgvuldige afstemming tussen intern werkende (PPC-)psychiaters en de zorginstelling waar de patiënt na detentie het beste terecht zou kunnen komen.

Ten slotte zouden veel patiënten baat hebben bij zorg geleverd binnen een FPA of FPK (met hoger beveiligingsniveau), terwijl deze instellingen met het geld uitgekeerd door zorgverzekeraars het benodigde beveiligingsniveau vooralsnog niet goed gefinancierd krijgen.

Dit alles onderstreept nog eens dat Goethals' aanbeveling tot nauwe samenwerking tussen reguliere en forensische psychiaters ook in de Nederlandse situatie zeer noodzakelijk is en blijft.

LITERATUUR

- Durcan G, Zwemstra JC. Chapter 11. Mental health in prisons. In: WHO/Europe. Prisons and health. 2014. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health/report-by-chapters/chapter-11.-mental-health-in-prison>