Verwijzingen vanuit Vlaamse gevangenissen naar externe psychische hulpverlening

S. Veeckman, D. De Loecker, F. Vander Laenen

Achtergrond Hoewel psychische zorg aan gedetineerden met psychiatrische stoornissen tijdens en na detentie de re-integratie bevordert en de kans op criminele recidive vermindert, blijken gedetineerden met psychiatrische stoornissen na vrijlating moeilijk aansluiting te vinden bij de reguliere psychische hulpverlening.

Doel Verwijzingen vanuit de Vlaamse gevangenissen naar psychiatrische ziekenhuizen of externe therapeutische settings beschrijven voor het jaar 2019.

Methode Alle gedetineerden met een psychiatrische problematiek die in 2019 werden verwezen vanuit een Vlaamse gevangenis (n = 577) naar de reguliere psychische hulpverlening werden bestudeerd aan de hand van de gegevens verzameld door de Vlaamse dienst TANDEM.

Resultaten De overgrote meerderheid van de aangevraagde verwijzingen betrof gedetineerden met een middelengerelateerde stoornis. In totaal kon één vijfde van de gedetineerden met een psychiatrische stoornis rechtstreeks terecht in een therapeutische setting of een psychiatrisch ziekenhuis. 30% van hen bleek uiteindelijk niet te starten met het geplande behandeltraject.

Conclusie Continuïteit van psychische zorg na detentie is aangewezen en heeft ook een maatschappelijk voordeel. Het verbeteren van de samenwerking tussen justitie en externe psychische hulpverlening, rekening houdend met de noden van de gedetineerde, is essentieel in de ontwikkeling van succesvolle trajecten.

Bij gedetineerden ziet men vaak een grote complexiteit aan psychische problemen. Onderzoek toont consequent aan dat psychiatrische stoornissen disproportioneel vaker voorkomen bij gedetineerden in vergelijking met de algemene bevolking (Bulten e.a. 2009; Fazel & Seewald 2012; Fazel e.a. 2016; Evans e.a. 2017; Favril e.a. 2017; Favril & Dirkzwager 2019; Florez e.a. 2019). Enerzijds lopen mensen met psychiatrische stoornissen een grotere kans om met justitie in contact te komen en anderzijds is detentie voor de betrokkenen een belastende en stressvolle gebeurtenis (Favril e.a. 2017; De Beurs 2019).

Het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in detentie is meestal ontoereikend. Voor gedetineerden is het moeilijk om toegang te krijgen tot de nodige voorzieningen. Gedetineerden blijken naast een verhoogde kans op een psychische problematiek ook moeilijkheden te ervaren op veel andere levensdomeinen: lichamelijke gezondheid, sociale problemen (familie, werk en financiën) en dus ook justitie (Vander Laenen e.a. 2017, KCE 2017). Deze complexe problematiek, gepaard gaand met psychosociale noden, geeft een grote zorgbehoefte en beklemtoont het belang van zorg en ondersteuning gericht op meerdere levensdomeinen, ook na detentie (Favril e.a. 2017). Gedetineerden zijn bovendien slechts in beperkte mate op de hoogte van de beschikbare hulpverleningsvormen in de maatschappij (MacDonald 2012).

Onderdiagnosticering en een gebrekkige (therapeutische) behandeling van psychiatrische stoornissen zijn binnen een detentiecontext vaak een realiteit (Fazel e.a. 2012; Favril e.a. 2017; Favril & Dirkzwager 2019). Psychiaters en andere hulpverleners in de gevangenis hebben nu al een hoge werklast en worden overvraagd, waardoor de tijd voor mentale screening of psychische begeleiding beperkt is (Vandevelde e.a. 2011). Momenteel wordt in de Belgische strafinrichtingen ook niet systematisch en op een gestandaardiseerde wijze gescreend op psychische klachten bij gedetineerden.

Psychiatrische problemen in detentie

Bulten e.a. (2009) stelden vast dat 57% van alle gedetineerden een psychiatrische as 1-stoornis heeft (inclusief middelenabusus). 47-65% van de gedetineerden heeft een persoonlijkheidsstoornis, waarbij het vooral gaat om een antisociale persoonlijkheidsstoornis (47% van

AUTEURS

Steven Veeckman, psychiater, dienst Psychiatrie, Imeldaziekenhuis, Bonheiden (tevens: gevangenis Mechelen).
David De Loecker, psychiater dienst Psychiatrie, Imeldaziekenhuis, Bonheiden.
Freya Vander Laenen, hoofddocent Criminologie, vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal recht, Universiteit Gent..

Correspondentie
Steven Veeckman (steven.veeckman@imelda.be).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-6-2021.

Citeren
Tijdschr Psychiatr. 2021;63(9):650-657

de gedetineerden). De prevalentie van psychotische stoornissen bij gedetineerden schommelt rond 4%. Voor een depressieve stoornis bedraagt de prevalentie in een gevangenispopulatie ongeveer 10-14% (Bulten e.a. 2009; Fazel e.a. 2016). Er is telkens geen verschil tussen veroordeelden en personen in voorhechtenis (beklaagden) (Fazel & Seewald 2012).
Studies tonen aan dat middelenmisbruik bij gedetineerden sterk is verhoogd in vergelijking met de algemene bevolking (Favril & Vander Laenen 2017; Vandevelde e.a. 2017). Bij ongeveer een kwart (24%) van de inkomende gedetineerden is sprake van alcoholmisbruik, terwijl nog hogere cijfers (30-50%) worden gevonden voor drugmisbruik (Florez e.a. 2019). In Belgische gevangenissen blijft één op drie van de gedetineerden illegale drugs of niet-voorgeschreven psychofarmaca gebruiken tijdens detentie (Vander Laenen 2017; Favril & Dirkzwager 2019). Het gaat vooral om cannabis, heroine en niet-voorgeschreven benzodiazepines. Favril en Vander Laenen (2017) concludeerden dat één op vier gedetineerden een voorgeschiedenis van behandeling in de verslavingszorg heeft, voorafgaand aan detentie. Eén op tien van de gedetineerden met een drugprobleem gebruikte voor het eerst drugs tijdens opsluiting in een penitentiaire instelling (Vander Laenen e.a. 2017; Vandevelde e.a. 2017).

Wettelijk kader

In België moeten behandeling en zorg aan gedetineerden aan dezelfde normen voldoen als de zorg buiten de gevangenismuren. De basiswet Gevangeniswezen van 12 januari 2005 (ejustice.just.fgov.be) omschrijft drie belangrijke principes inzake gezondheidszorg aan gedetineerden: gelijkwaardigheid, onafhankelijkheid van zorgverleners en zorgcontinuïteit. Als na vrijlating de nodige zorg en ondersteuning wegvallen, verdwijnt de verbetering in psychisch welzijn die tijdens detentie kon worden bereikt (MacDonald e.a. 2012). Gedetineerden vervallen dan in oude gewoontes.
Om deze continuïteit te garanderen is een nauwe samenwerking tussen de zorg in de gevangenis en extramurale hulpverlening noodzakelijk (Roza 2020). Doorverwijzingen vanuit justitie naar de hulverlening verlopen moeizaam en er zijn veelal wachtlijsten. Mede door de overbevolking, grote doorstroming van gedetineerden en beperkte middelen, is er te weinig aandacht voor een gepaste nazorg en begeleiding na vrijlating (Vandevelde e.a. 2011; MacDonald e.a. 2012). Gedetineerden met psychiatrische problemen blijven nog al te vaak aangewezen op - beperkte - behandeling in de gevangenis of de hoop op een opname in een bereidwillige psychiatrische instelling (Vander Laenen e.a. 2019).

Centrale aanmelding

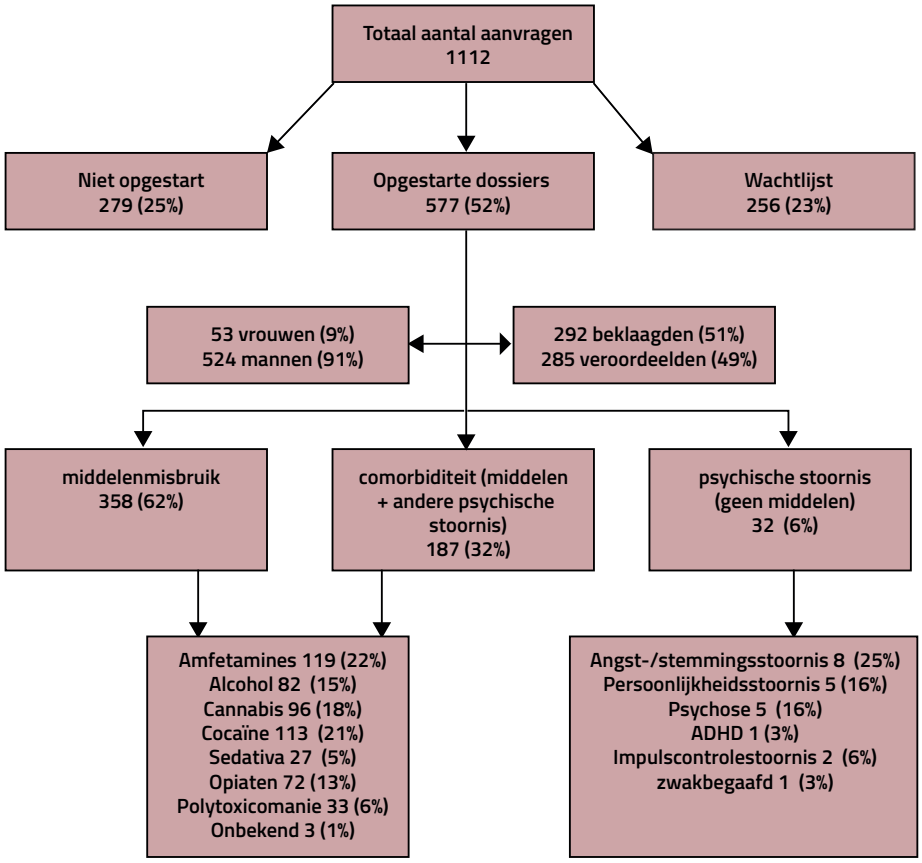
Vanuit de vaststelling dat gedetineerden met een drugproblematiek bij vrijlating slechts moeizaam aansluiting vinden bij de reguliere hulpverlening, zowel ambulant als residentieel, werden in 2011 in de Belgische gevangenissen centrale aanmeldingspunten (CAP) voor druggebruikers opgericht (Vander Laenen e.a. 2017; TANDEM 2019; Vander Laenen e.a. 2019). Deze aanmeldingspunten zetten in op continuïteit van zorg en vormden een schakel tussen de gevangenis en hulpverlening na detentie.
In navolging van CAP, dat in 2016 werd stopgezet, werd in april 2017 door de Vlaamse Regering TANDEM opgericht. TANDEM staat voor Toeleiding en Aanmelding Na Detentie en Meer. Hiermee wil men een antwoord bieden op de noden bij alle gedetineerden met psychische problemen (niet enkel drugs) en hen ondersteunen bij het vinden van gepaste zorg- en hulpverlening na detentie, met het oog op hun maatschappelijke re-integratie en verbetering van de levenskwaliteit. TANDEM is actief in alle Vlaamse gevangenissen, ook voor de Nederlandstalige gedetineerden binnen de Brusselse gevangenissen.
Aan de hand van individuele gesprekken streeft men de volgende doelstellingen na: informatie verschaffen over de beschikbare hulpverlening, verhogen van de motivatie en bereidheid tot behandeling, contact leggen met

en gericht doorverwijzen naar externe psychische hulp. TANDEM heeft dus als doel ervoor te zorgen dat meer gedetineerden vanuit detentie kunnen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of begeleid worden door een therapeutische setting. TANDEM bestaat nog niet zo lang, is ook nog niet zo bekend bij externe voorzieningen en moet zijn netwerk binnen de geestelijke gezondheidszorg nog uitbreiden.
In dit artikel geven wij een beschrijving van de verwijzingen door TANDEM vanuit de Vlaamse gevangenissen naar de reguliere psychische hulpverlening tijdens een volledig jaar (2019). Er zijn in de huidige literatuur namelijk weinig gegevens bekend over verwijzing vanuit de gevangeniscontext naar externe psychische hulpverlening.

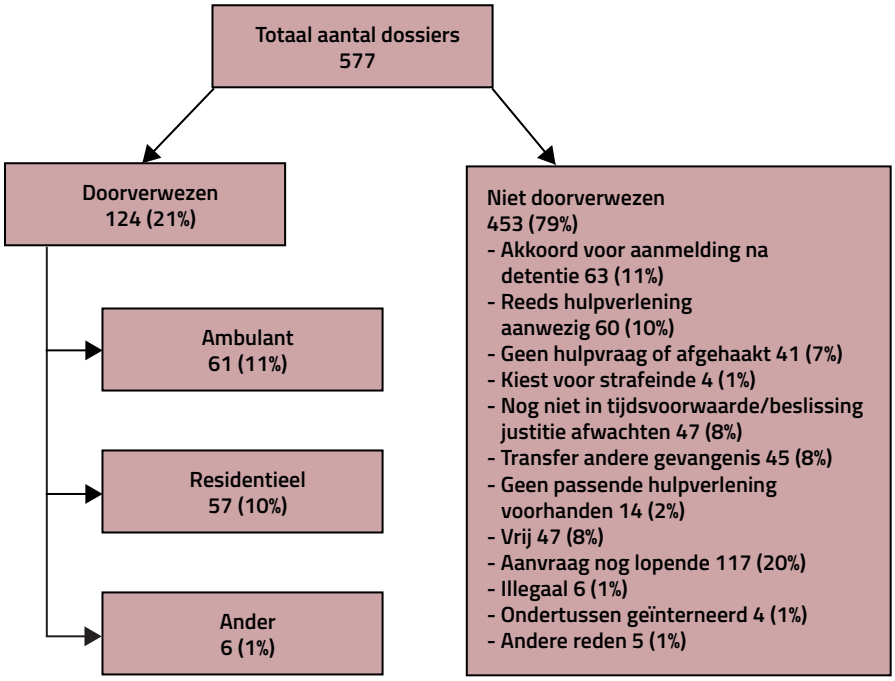
METHODE

Voor de resultaten van dit artikel baseerden we ons op het jaarverslag van TANDEM voor het werkjaar 1 januari 2019-31 december 2019. Deze gegevens (en de diensten van TANDEM) hebben enkel betrekking op gedetineerden. Wij gebruiken 'gedetineerde' als algemene term in dit artikel, voor elke persoon die is opgesloten in een gevangenis (beklaagde of veroordeelde). Het gaat hier om gedetineerden die in aanmerking komen voor invrijheidstelling. Mensen met een interneringsstatuut (gedwongen opname) komen niet in aanmerking, zij worden verwezen naar de schakelteams internering. Diagnosen verkregen we vanuit verslaggeving (expertiseverslagen, verslagen van de psychosociale dienst, opnameverslagen van eerdere psychiatrische opnames). Indien er geen verslaggeving voorhanden was, werd een tentatieve diagnose gesteld door de psychiater of de psychologen van de psychosociale dienst van de gevangenis op basis van anamnese en inschatting tijdens de gesprekken. Er werd daarbij een onderscheid gemaakt tussen een middelengerelateerde stoornis; comorbiditeit van middelengerelateerde stoornis en andere psychiatrische stoornis; en een psychiatrische stoornis zonder middelen.
Door het gedeeld beroepsgeheim kan informatie die noodzakelijk is voor de kwaliteit en continuïteit van de hulpverlening worden uitgewisseld tussen zorgverleners. De gedetineerde moet voor die gegevensuitwisseling wel toestemming geven. Zolang duidelijke afspraken worden gemaakt over de informatiedoorstroming met respect voor het beroepsgeheim van zorgverleners, moet een goede samenwerking mogelijk zijn (Vandevelde e.a. 2017). De gegevens werden volledig anoniem geregistreerd. Gedetineerden werden hiervan op de hoogte gesteld en gaven daarvoor ook steeds hun mondelinge toestemming.

Figuur 1. Overzicht van de opgestarte dossiers en de psychiatrische diagnosen



Figuur 2. Resultaten opgestarte dossiers



In 2019 verbleven gemiddeld over het jaar 4938 gedetineerden in de 16 Vlaamse gevangenissen, van wie 194 (4%) geïnterneerden, 2054 (42%) beklaagden en 2690 (54%) veroordeelden. In de meeste gevangenissen worden zowel veroordeelden als beklaagden vastgehouden. Mannen vormen de grote meerderheid (95%) van de gevangenisbevolking, en meer dan de helft is jonger dan 40 jaar (FOD Justitie 2020).

RESULTATEN

In 2019 waren er in totaal 1112 trajectaanvragen voor TANDEM gespreid over de verschillende Vlaamse strafinrichtingen (waarvan ook 15 aanvragen vanuit een Brusselse gevangenis) voor begeleiding en doorverwijzing van gedetineerden. Bij 577 (52%) gedetineerden werd een verwijzing naar externe psychische hulpverlening opgestart, voor 524 mannelijke en 53 vrouwelijke gedetineerden.
Wegens het grote aantal aanmeldingen en het beperkte aantal TANDEM-medewerkers konden niet alle aanvragen in het jaar 2019 behandeld worden. Daardoor werden 256 gedetineerden (23%) op een wachtlijst geplaatst. De overige aanvragen (279 of 25%) werden nooit behandeld (figuur 1). Het ging hierbij veelal om gedetineerden in voorhechtenis die (al dan niet onder voorwaarden) vrijkwamen of om gedetineerden die met transfer gingen voor ze konden worden opgeroepen.
Van de gedetineerden voor wie een verwijzing werd opgestart, hadden 358 (62%) gedetineerden uitsluitend een stoornis in middelengebruik. Bij 187 aanvragen (32%) ging het om comorbiditeit van een middelengerelateerde stoornis en een andere psychiatrische stoornis. In 32 gevallen (6%) betrof het een psychiatrische stoornis, zonder middelenmisbruik. 94% van de gedetineerden voor wie een doorverwijzing werd aangevraagd, had dus een middelengerelateerde stoornis. Figuur 1 toont een overzicht van de aanvragen, van de middelen die werden misbruikt en van de psychiatrische stoornissen zonder middelengerelateerde stoornis. 51% van de gedetineerden voor wie een begeleiding door TANDEM werd gestart, was beklaagde, 49% was veroordeelde.
387 (67%) gedetineerden bij wie een dossier werd opgestart, hadden de Belgische nationaliteit, 35 (6%) waren afkomstig uit een ander land van de Europese Unie, 153 (27%) kwamen van buiten de Europese Unie. Bij 2 dossiers was de afkomst van de gedetineerde niet bekend.
Van de 577 gedetineerden die een aanvraag deden voor externe psychiatrische hulpverlening, werden er uiteindelijk 124 doorverwezen (21%) (figuur 2). 61 (49%) van hen konden terecht in een ambulant therapeutisch centrum (11% van het totaal aantal dossiers). Het ging daarbij vooral om centra geestelijke gezondheidszorg (CGGZ), medisch sociale opvangcentra (MSOC) of centra voor ambulante drughulpverlening. 57 gedetineerden (46% of 10% van het totaal aantal dossiers) konden worden opgenomen in een residentiële setting, zoals specifieke drugontwenningsprogramma's (bijv. Adic en De Spiegel) (27), therapeutische gemeenschap (11) en psychiatrische centra of afdelingen (18). Voor 6 gedetineerden werd binnen de gevangenis psychische hulpverlening opgestart (CGGZ of Centrum voor Algemeen Welzijnswerk).

Van de 124 gedetineerden die werden doorverwezen, bleken er op het einde van het werkjaar 64 (52%) te zijn gestart met het voorziene behandeltraject, 32 gedetineerden (26%) verbleven nog in de gevangenis en konden nog niet worden doorverwezen. 28 gedetineerden (23%) waren niet toegekomen aan of waren nog niet gestart met het geplande nabehandelingstraject.

DISCUSSIE

Verwijzingen via TANDEM

De resultaten tonen dat 1 op 5 (21%) van de aangemelde gedetineerden uiteindelijk vanuit de gevangenis naar externe psychische hulpverlening worden doorverwezen. Ongeveer de helft (49%) kan ambulant worden begeleid en de andere helft (46%) kan worden opgenomen in een residentiële setting. De verhouding veroordeelden/beklaagden is ongeveer gelijk.
Belangrijk hierbij is dat TANDEM niet als doel heeft om elke aangemelde gedetineerde door te verwijzen. Vaak volstaat het om informatie te geven over de mogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg, of om de motivatie voor hulp te versterken. Enkel de groep die kiest voor psychische begeleiding of een opname wordt doorverwezen.
Bij de 124 effectieve doorverwijzingen heeft een centrum zich geëngageerd om de gedetineerde te begeleiden of op te nemen na vrijlating. Bij 10% van de aanmeldingen is reeds externe hulpverlening aanwezig, zonder dat TANDEM uiteindelijk hoefde te bemiddelen. Dat zijn vaak gedetineerden die op de wachtlijst stonden en zelf of met hulp van bijvoorbeeld de psychosociale dienst van de gevangenis of justitieel welzijnswerk initiatief nemen om een extern traject uit te werken.
Voor 63 gedetineerden (11%) is er een akkoord dat ze zich na detentie kunnen aanmelden voor ambulante begeleiding of een residentiële opname. Deze centra werken niet rechtstreeks vanuit detentie.
9% van de opgestarte dossiers door TANDEM betreft vrouwelijke gedetineerden, terwijl zij slechts 5% van het totaal aantal gedetineerden vertegenwoordigen. We vermoeden dat vrouwelijke gedetineerden vaker een psychische hulpvraag stellen of meer bereid zijn psychiatrische hulp toe te laten. Hoewel het aandeel beklaagden in de Vlaamse gevangenissen 42% bedraagt, vertegenwoordigen zij wel 51% van alle aanvragen. Aan beklaagden worden vaak voorwaarden opgelegd, zoals het opstarten van psychiatrische begeleiding, om vrij te kunnen komen.
Zoals verwacht, heeft de meest voorkomende psychiatrische stoornis met middelengebruik te maken. Van alle gedetineerden die werden beschreven, heeft maar liefst 94% een middelengerelateerde stoornis, al dan niet in combinatie met een andere psychiatrische stoornis.

Niet gestarte trajecten

Opmerkelijk is wel dat 30% (28 op 92) van de door TANDEM doorverwezen gedetineerden na vrijlating niet blijkt te zijn gestart met de uitgewerkte ambulante of residentiële hulp. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij sommige gedetineerden voornamelijk een externe motivatie meespeelt om tijdens detentie een aanvraag voor een nabehandelingstraject te starten, met name de hoop om vervroegd vrij te komen (Vandevelde e.a. 2017). Motivatie vermindert dan snel na vrijlating, zeker wanneer er geen voorwaarden worden opgelegd en ze niet meer onder de verantwoordelijkheid van justitie vallen (MacDonald 2012).
Uit ervaring, en dit is ook de ervaring van de medewerkers van TANDEM, vermoeden we dat er ook anderen redenen kunnen zijn waarom gedetineerden de geplande nazorg niet opstarten: een aantal gedetineerden met middelenmisbruik is clean tijdens detentie en heeft nadien geen behoefte meer aan verdere begeleiding. Na vrijlating vallen ze terug in gebruik en komen ze er niet meer toe begeleiding op te starten. Ze worden dan weer opgepakt (bijvoorbeeld door schending van voorwaarden) voor ze begeleiding kunnen opstarten of ze komen niet tijdig op de plaats waar ze verwacht worden, waardoor de follow-up wordt geannuleerd; ze kiezen uiteindelijk toch voor strafeinde.

Beperkingen

Een beperking van ons onderzoek is dat er in de resultaten geen rekening werd gehouden met de vele aanvragen voor een doorverwijzing of opname waarbij het centrum in kwestie een negatieve beslissing nam. Deze cijfers werden niet geregistreerd. Het zou interessant zijn indien dit in de toekomst wel gebeurt zodat we een beter zicht krijgen op factoren die leiden tot een negatieve beslissing.
Ook werd niet nagegaan hoelang iemand daadwerkelijk in begeleiding/opname bleef. 20% van het totaal aantal dossiers waren nog lopende en hadden nog geen antwoord. We weten niet wat de impact daarvan zou zijn geweest op de resultaten.

Belemmerende factoren bij doorverwijzing

Het verbeteren van de samenwerking en het bieden van een schakel tussen de gevangenis/justitie en externe hulpverlening, rekening houdend met de behoeften van de gedetineerde, is essentieel in de ontwikkeling van succesvolle trajecten (Zwemstra 2009; MacDonald 2012; Reflectiegroep 2014).
Psychiatrische ziekenhuizen of therapeutische settings buiten de gevangenis blijken terughoudend om personen met een justitieel statuut op te nemen of te begeleiden. Deze terughoudendheid hangt samen met het justitiestempel, de aard van het delict, onwetendheid over en weinig ervaring met ex-gedetineerden, angst voor herhaling en gedragsaspecten (met name agressief gedrag), gebrek aan mogelijkheden voor de omgang met meervoudige problematiek en de moeilijkheden van gedetineerden om een (consistente) hulpvraag te formuleren (Zwemstra 2009; Reflectiegroep 2014; Vandevelde e.a. 2017).

Sommige centra werken met exclusiecriteria inzake het cliëntprofiel van gedetineerden (bijvoorbeeld het juridisch statuut, gebruik van harddrugs, geen vaste verblijfplaats, niet woonachtig binnen dezelfde regio) of stellen strenge voorwaarden voor een doorverwijzing. Argumenten die vaak genoemd worden om gedetineerden te weigeren, zijn: de vrees dat een centrum komt vast te zitten met een ex-gedetineerde (bijvoorbeeld als een opname moeilijk verloopt), beperkte beschikbaarheid in het hulpverleningsaanbod of verminderd aantal bedden (artikel 107). Ook genoemd worden: te complexe problematiek, lange wachtlijsten in zowel ambulante als residentiële hulpverlening, de gedetineerde heeft geen vast adres of er is geen perspectief voor een verdere doorverwijzing of resocialisatie (Vandevelde e.a. 2017; TANDEM 2019).

Psychiatrische en therapeutische centra werken meestal met intakes. Gedetineerden hebben echter soms geen recht op uitgangsvergunningen (UV), waardoor ze niet op intake kunnen (TANDEM 2019). Met een UV kan de gedetineerde de gevangenis voor maximaal 16 uren verlaten met een specifieke reden (familiaal, medisch, voorbereiding re-integratie, enz.). UV wordt onder meer geweigerd als er een negatief advies geldt (bijv. gedetineerde vraagt UV voor een ambulante begeleiding en er wordt een residentiële opname geadviseerd). Dit geldt ook als de gedetineerde nog niet in de tijdsvoorwaarde zit voor UV of als de beslissing van de dienst detentiebeheer of het openbaar ministerie niet tijdig binnenkomt of negatief is. Het gebeurt ook dat er voor gedetineerden geen transport beschikbaar is of dat er niet voldoende personeel is om het ophalen te begeleiden.

Detentietrajecten zijn niet altijd voorspelbaar. Gedetineerden worden vaak overgebracht van de ene naar de andere gevangenis of verblijven slechts korte tijd in de gevangenis. Personen in voorhechtenis kunnen op elk moment in vrijheid worden gesteld. Follow-up, informatieoverdracht en continuïteit van zorg zijn op die manier niet evident (MacDonald 2012; Evans e.a. 2017). 14,5% van de nieuwe gevangenen verblijft minder dan 1 week en 56% minder dan drie maanden in een gevangenis. Dit zorgt niet enkel voor een groot verloop en een hogere werkdruk voor zorgverleners en ander personeel, maar bemoeilijkt ook het verzekeren van een zorgcontinuïteit (KCE 2017).

Het gebrek aan structurele financiering, vooral van projecten en organisaties die werken met personen met een juridisch statuut, vormt een belangrijk pijnpunt (Vander Laenen 2019).

Voordelen van doorverwijzing na detentie

Een deel van de gedetineerden komt voor detentie mogelijk minder goed in beeld bij de reguliere psychische hulpverlening (Dirkzwager & Nieuwbeerta 2019). Hulpzoekend gedrag bij gedetineerden blijkt ook laag te zijn en ze benutten de diensten voor psychische hulp, zowel voor als tijdens hun opsluiting, onvoldoende (Favril & Vander Laenen 2017). Zo blijkt uit een evaluatie van de voorloper van TANDEM, de Centrale Aanmeldingspunten Drugs, dat een derde van de gedetineerden met een drugprobleem in het verleden geen begeleiding of behandeling had ontvangen (Vander Laenen e.a. 2017).

Slechts 10% van de gedetineerden maakt frequent gebruik van de beschikbare diensten voor psychische zorg in de gevangenis; twee derde van alle gedetineerden meldt er zelden of nooit gebruik van te maken (Bulten e.a. 2009; Favril e.a. 2017). Dit zou toe te schrijven zijn aan wantrouwen ten opzichte van professionals, vrees voor stigmatisering, gebrek aan kennis over de beschikbare diensten of niet bewust zijn van hun psychiatrisch toestandsbeeld.

Het is aangetoond dat gedetineerden wel gemakkelijk gezondheidszorg toelaten tijdens detentie (Evans e.a. 2017). De gesloten omgeving van een gevangenis heeft dan ook de unieke kans om multidisciplinaire zorg aan te bieden aan een specifieke groep personen die daar in de vrije maatschappij minder toegang toe hebben (Vandevelde e.a. 2017). Contact met het strafrechtelijk systeem kan dus een toegangspoort zijn tot psychische zorg om zo de mentale gezondheid te verbeteren (Fasel & Seewald 2012; Dirkzwager & Nieuwbeerta 2019; Favril & Dirkzwager 2019). Op die manier kunnen psychiatrische stoornissen worden gedetecteerd en behandeld of kan een verwijzing naar externe hulpverlening worden gestart (MacDonald 2012).

Voor bijna alle gedetineerden is het de bedoeling dat ze na hun gevangenisstraf terugkeren naar de maatschappij. Het adequaat aanpakken van mentale problemen tijdens en na de detentieperiode kan in positieve zin bijdragen tot een succesvolle terugkeer van gedetineerden in de samenleving. Toegankelijke zorg voor gedetineerden tijdens detentie, behandeling van psychiatrische stoornissen en de passende nazorg na vrijlating leiden tot een betere en kansrijke re-integratie, verbetering van de levenskwaliteit en herstel, klinisch, functioneel, sociaal en persoonlijk (Fazel & Seewald 2012; Vandevelde e.a. 2017; Gertner e.a. 2019).

Behandeling van psychiatrische stoornissen en aandacht voor continuïteit van zorg hebben dus een positieve invloed op de mentale gezondheid en verminderen tevens de kans op criminele recidive (Fazel e.a. 2016; Evans e.a. 2017). Dit komt zowel de gedetineerde als de ruimere maatschappij ten goede en werkt kostenbesparend (De Beurs 2019; Favril & Dirkzwager 2019).

Aanbevelingen

Een algemene basisscreening bij binnenkomst in de gevangenis is aangewezen om psychische problemen vroegtijdig te detecteren en een behandeling te kunnen opstarten (Evans e.a. 2017; Vandevelde e.a. 2017; De Beurs 2019).

Het uitwerken van de gepaste nazorg start met de evaluatie van de behoeften en problemen van de gedetineerde bij het begin van de detentie. Dit moet de gedetineerde versterken om de verandering en evolutie die hij

doormaakte tijdens detentie vol te houden als hij terug in de maatschappij komt (MacDonald 2012). Tijdens, maar zeker ook na detentie is het dan ook aan te raden om blijvend in te zetten op zorg voor psychisch welzijn van (ex)-gedetineerden, eerder dan te focussen op risicoreductie en straf (De Smet e.a. 2015).
Het stimuleren van motiverende gespreksvoering zodat meer gedetineerden met psychiatrische stoornissen hulp toelaten en een behandeltraject opstarten, is aan te raden. Ook een (korte) follow-up van gedetineerden die zonder voorwaarden vrijkomen, zou ertoe kunnen bijdragen dat meer gedetineerden effectief starten met de geplande nazorg. Zo kan een brug geslagen worden tussen de gevangenis en de maatschappij.
De gerechtelijke situatie speelt een belangrijke rol in het uitwerken van het traject van de gedetineerde. Afhankelijk van het juridisch statuut (voorlopige hechtenis of effectieve gevangenisstraf) verschilt de justitiële instantie die over het toekennen van vrijheden/modaliteiten beslist en de daaraan verbonden voorwaarden (TANDEM 2019). Elk van deze instanties kan specifieke voorwaarden naar hulpverlening opleggen waaraan de gedetineerde moet voldoen.
Dit creëert vaak een spanningsveld met wat de gedetineerde voor zichzelf nodig en haalbaar acht en wat vanuit een hulpverlenerspositie de uiteindelijke hulpvraag van de gedetineerde is. Er wordt dan ook niet altijd rekening gehouden met de mening van de gedetineerde (MacDonald 2012). Het is aan te bevelen gedetineerden te betrekken bij het uitwerken van een gepast behandeltraject. Dit zou motiverend moeten werken om dit traject uiteindelijk ook op te starten (De Raedt e.a. 2020).
De bewustwording dat de moeizame doorverwijzing van complexe casussen een gedeelde verantwoordelijkheid is van alle betrokken actoren dringt zich op (Vandevelde e.a. 2017). Goethals (2020) en Roza (2020) besluiten terecht dat een nauwe samenwerking tussen de reguliere en de forensische psychiatrie noodzakelijk is en de sleutel vormt voor continuïteit van zorg. Op die manier worden de langetermijneffecten beter gegarandeerd en de integratie en rehabilitatie van gedetineerden in de maatschappij bevorderd.
In 2020 werden de beschikbare middelen vanuit de Vlaamse Regering sterk verhoogd. Dit moet er hopelijk voor zorgen dat de drempels die er momenteel zijn voor ex-gedetineerden worden verkleind of worden weggewerkt, dat wachtlijsten korter worden en de overgang van gevangenis naar externe hulpverlening wordt bevorderd (de Raedt e.a. 2020, TANDEM 2019). Men denkt erover om ex-gedetineerden na hun detentie nog enige tijd te blijven volgen, zodat psychiatrische ziekenhuizen en therapeutische settings niet het gevoel krijgen er alleen voor te staan.
Verder onderzoek is aangewezen, vooral naar de exacte redenen en de drempels waarom externe voorzieningen ex-gedetineerden weigeren, om te komen tot een vlottere overgang van detentie naar opname of behandeling in psychiatrische centra.

CONCLUSIE

Eén vijfde van alle aanvragen door TANDEM voor verdere psychische follow-up na detentie wordt rechtstreeks aanvaard (ambulant of residentieel). Het gaat in de overgrote meerderheid van de aanvragen om gedetineerden met een middelengerelateerde stoornis. 30% van de gedetineerden blijkt niet te starten met het uitgewerkte nabehandelingstraject.
Goede psychische zorg tijdens detentie en toeleiding naar passende psychische zorg na detentie zijn cruciale factoren voor een goede re-integratie van de ex-gedetineerde, zorgen voor een verbetering van de mentale gezondheid en verminderen ook de kans op criminele recidive. Dit komt uiteindelijk ook de ruimere maatschappij ten goede en werkt kostenbesparend.

LITERATUUR

Bulten E, Nijman H, van der Staak C. Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. Int J Law Psychiatry 2009; 23: 115-9.
De Beurs E. Een pleidooi voor betere detectie van psychische klachten in detentie. Tijdschr Psychiatr 2019; 61: 237-8.
De Smet S, Van Hecke N, Verté D, e.a. Treatment and control: A qualitative study of older mentally ill offenders' perceptions on their detention and care trajectory. Int J Offender Ther Comp Criminol 2015; 59: 964-85.
De Raedt K, Edame E, Janssen G, e.a. Het individueel detentieplan: licht aan het einde van de tunnel? Fatik 2020; 37: 18-27.
Dirkzwager A, Nieuwbeerta P. Psychische klachten bij gedetineerden: De bruikbaarheid van de Brief Symptom Inventory (BSI) als screeningsinstrument. Tijdschr Psychiatr 2019; 61: 257-66.
Evans C, Forrester A, Jarrett M, e.a. Early detection and early intervention in prison: Improving outcomes and reducing prison returns. Forens Psychiatry Psychol 2017; 28: 91-107.
Favril L, Dirkzwager A. De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. Tijdschr Criminologie 2019; 61: 5-32.
Favril L, Vander Laenen F. Psychofarmaca en drugsgebruik in Vlaamse gevangenissen. Verslaving 2017; 13: 85-97.
Favril L, Vander Laenen F, Audenaert K. Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen. Panopticon 2017; 38: 231-245.
Fazel S, Hayes A, Bartellas K, e.a. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. Lancet Psychiatry 2016; 3: 871-81.
Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. BJ Psychiatr 2012; 200: 364-73.
Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Gezondheidszorg in Belgische gevangenissen: huidige situatie en toekomstige scenario's. Brussel: KCE Report 293As, 2017.
Federale Overheidsdienst Justitie. SidisSuite; 2020. Verkregen op 2 april 2020.
Florez G, Ferrer V, Carcia LS, e.a. Personality disorders, addictions and psychopathy as predictors of criminal behaviour in a prison sample. Rev Esp Sanid Penit 2019; 21: 62-79.
Gertner AK, Grabert B, Domino ME, e.a. The effect of referral to expedited Medicaid on substance use treatment utilization among people with serious mental illnes released from prison. J Subst Abuse Treatm 2019; 99: 9-15.
Goethals K. Reactie op 'Leidt ambulantiseren tot meer gevangenschap van psychiatrische patiënten?' Tijdschr Psychiatr 2020; 410-1.
MacDonald M, Williams J, Kane D. Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. Int J of Prisoner Health 2012; 8: 68-84.

Reflectiegroep 'Zorg en detentie'. Memorandum: Naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. 2014.
Roza S. Leidt ambulantiseren tot meer gevangenschap van psychiatrische patiënten? Tijdschr Psychiatr 2020; 62: 94-6.
TANDEM 'Toeleiding en Aanmelding Na Detentie En Meer'. Inhoudelijk verslag: werkjaar 3, 1 januari 2019-31 december 2019.
Vander Laenen F, De Clercq L, Vanderplasschen W, e.a. Centrale aanmeldingspunten drugs in gevangenissen revisited: verbreding naar alle geestelijke gezondheidsproblemen!? FATIK 2017; 154: 17-23.
Vander Laenen F, Van Remoortel J, Hanoulle K, e.a. Tien jaar forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Panopticon 2019; 40: 450-69.
Vandevelde S, Soyez V, Vander Beken T, e.a. Mentally il; offenders in prison: The Belgian case. Int J Law and Psychiatry 2011; 34: 71-8.
Vandevelde S, Vanderlaenen F, Vanderplasschen W, e.a. Proces en uitkomstevaluatie van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de Belgische gevangenissen. Belgian Science Policy Office; 2017.
Zwemstra J.C. Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie: Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg. Universiteit Tilburg: proefschrift, 2009.

SUMMARY

Referrals from Flemish prisons to external mental health care

S. Veeckman, D. De Loecker, F. Vander Laenen

Background Although mental health care for prisoners with mental health problems during and after detention improves re-integration and reduces criminal recidivism, prisoners with psychiatric problems seem to have difficulties connecting to regular mental health care after detention.

Aim To describe referrals from Flemish prisons to psychiatric hospitals or external therapeutic settings in the year 2019.

Method All prisoners with mental health problems that were referred from a Flemish prison to mental health care in 2019 were studied (n = 577) , using data collected by the Flemish initiative TANDEM.

Results The vast majority of referrals were prisoners with a substance use disorder. In total, 1 in 5 prisoners with mental health problems directly had access to ambulatory or residential mental health care. 30% of these ultimately did not appear to start with the planned treatment.

Conclusion Continuity of mental health care after detention is recommended and also has a social benefit. Improving cooperation between justice and external mental health care, taking into account the needs of the prisoner, is essential in the development of succesful treatment plans.