

Klinische implicaties van afschaffing van de ministeriële internering in België: onderzoek naar profiel van Vlaamse geïnterneerden-veroordeelden

I. JEANDARME, C. POULS, K. HANOULLE, T.I. OEI, S. BOGAERTS

ACHTERGROND Op basis van artikel 21 van de Wet tot bescherming van de maatschappij kan de minister van Justitie een veroordeelde laten interneren wanneer zich tijdens de detentie een psychiatrische stoornis ontwikkelt. Met het voorstel tot afschaffing van dit wetsartikel vrezden psychiatrische centra geconfronteerd te worden met gevaarlijke forensisch psychiatrische patiënten.

DOEL Nagaan wat het profiel is van geïnterneerden-veroordeelden en in hoeverre dit afwijkt van dat van reguliere geïnterneerden.

METHODE Geïnterneerden-veroordeelden (n = 48) en reguliere geïnterneerden (n = 483) die werden opgenomen in een van de medium security units in Vlaanderen werden vergeleken op demografische, klinische en risicokenmerken.

RESULTATEN Geïnterneerden-veroordeelden vertoonden een zwaardere psychiatrische problematiek en een hoger risicoprofiel.

CONCLUSIE Het afschaffen van de ministeriële internering stelt psychiatrische ziekenhuizen voor nieuwe uitdagingen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)8, 574-582

TREFWOORDEN artikel 21, internering, Wet ter bescherming van de Maatschappij



ARTIKEL



Volgens de Wet tot bescherming van de maatschappij (WBM, 1964) heeft de Belgische wetgever de mogelijkheid voorzien om een beveiligingsmaatregel van onbepaalde duur – internering – op te leggen wanneer de dader ten gevolge van een psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking ontoerekeningsvatbaar wordt verklaard. Het doel van deze strafrechtelijke maatregel is enerzijds de maatschappij beschermen en anderzijds de geïnterneerde behandelen. Hoewel enigszins vergelijkbaar met terbeschikkingstelling (tbs) in Nederland, zijn er toch belangrijke verschillen. Zo is internering mogelijk in geval van misdaden of wanbedrijven met een minimale strafdreiging van acht dagen, en tbs enkel voor misdrijven met een

minimale strafdreiging van vier jaar of misdrijven uit een limitatieve lijst. Waar in Nederland vijf gradaties van toerekeningsvatbaarheid gehanteerd worden, is er in België sprake van een dichotome opsplitsing. Daarnaast is in Nederland een combinatie tussen straf en maatregel mogelijk, hetgeen bij internering uitgesloten is. Naast de reguliere interneringsmaatregel kan de minister van Justitie een veroordeelde interneren wanneer tijdens de detentie blijkt dat hij/zij *'zich in staat van krankzinnigheid of in een ernstige staat van geestesstoornis of van zwakzinnigheid bevindt die hem/haar ongeschikt maakt tot het controleren van zijn/haar daden'* (art. 21 WBM). Bij deze zogenaamde ministeriële internering hoeft er geen verband te bestaan

tussen de oorspronkelijke strafrechtelijke veroordeling en de geestesstoornis (Weis 2010). Wanneer de geestestoestand vóór het einde van de straftijd voldoende is verbeterd, wordt de internering opgeheven. Als de geestestoestand niet verbeterd is na het verstrijken van de straftijd, blijkt uit de ministeriële omzendbrief van 24 november 1964 dat de internering in dat geval geldt voor onbepaalde duur (art. 24). Vanaf dan is de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) bevoegd en treedt deze op als een eigenlijk gerecht (Van Den Berge 2011).

Kritiek op de ministeriële internering

Volgens Dijkmans (1980), De Clerck en Van Steenbrugge (2007) en Weis (2010) schendt de ministeriële internering fundamentele grond- en mensenrechten. Ten eerste stellen deze auteurs dat de ministeriële internering strijdig is met artikel 6 (*het recht op een eerlijk proces*) en artikel 13 (*het recht op toegang tot een rechter*) van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Ten tweede stellen zij dat de ministeriële internering artikel 12 van de Grondwet en artikel 5 EVRM (*het recht op persoonlijke vrijheid*) schendt.

Het Europese Hof formuleerde in het arrest-Winterwerp (1979) drie voorwaarden waaraan de vrijheidsberoving van een geesteszieke moet voldoen om verenigbaar te zijn met artikel 5 EVRM. Ten eerste moet de vrijheidsberoving gebeuren op basis van een objectief medisch onderzoek dat de geestesziekte aantoonst. Ten tweede moet het gaan om een ernstige geestesziekte en ten derde mag de vrijheidsberoving maar duren zolang de geestesziekte blijft bestaan. Het EVRM vereist niet dat een rechter de vrijheidsberoving moet bevelen en laat met andere woorden toe dat een administratieve overheid (i.c. de minister van Justitie) een geesteszieke van zijn vrijheid berooft. Niettegenstaande de appreciatiemarge die de Belgische overheden hierbij hebben, kan volgens Weis (2010) het eensluidend advies van de CBM, gebaseerd op een summier onderzoek door de gevangenispsychiater, bezwaarlijk gelijkgesteld worden met een objectieve medische expertise en voorziet de wet ook strikt genomen niet in de mogelijkheid voor de geïnterneerde-veroordeelde om zijn of haar invrijheidstelling aan te vragen, hoewel de CBM's in de praktijk hun bevoegdheid hierin wel opnemen.

Samengevat: in geval van een ministeriële internering wordt een opsluiting – uitgesproken door de rechterlijke macht, eenzijdig, op basis van een summier onderzoek, zonder proces en zonder dat de betrokkene zelf op enige wijze kan reageren – omgezet in een vrijheidsberoving van onbepaalde duur krachtens een ministeriële beslissing en wijzigt de juridische status van de gedetineerde-veroordeelde in die van geïnterneerde-veroordeelde. Ondanks de beschreven kritiek oordeelde het Grondwettelijk Hof (2011) dat de toepassing van de ministeriële internering

AUTEURS

INGE JEANDARME, psychiater, coördinator, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg, OPZC Rekem.

CLAUDIA POULS, wetenschappelijk onderzoeker, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg, OPZC Rekem.

KATRIEN HANOULLE, assistent, Instituut voor strafrecht, KU Leuven.

KAREL OEI, emeritus hoogleraar, Faculteit Rechtsgeleerdheid, departement Strafrecht Tilburg University.

STEFAN BOGAERTS, hoogleraar Forensische psychiatrie, Faculteit Sociale Wetenschappen, departement Ontwikkelingspsychologie, Tilburg University, FPC de Kijvelanden/DOK Rotterdam en FPC Gent.

CORRESPONDENTIEADRES

Inge Jeandarme, Asster, Halmaalweg 2, 3800 Sint-Truiden, België.

E-mail: inge.jeandarme@asster.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-2-2016.

geen afbreuk doet aan de grondwettelijke en Europese bepalingen omtrent vrijheidsberoving.

Wetswijziging

Deze situatie vroeg om een betere regeling, en die kwam er met de nieuwe wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis (WIPG). In deze wet werd de internering van veroordeelden naar de strafuitvoeringsrechtbank (SURB) verwezen, waarmee inbreng en tegenspraak in het debat mogelijk werden (Van Den Berge 2008). De (verlengde) internering van veroordeelden bij het strafeinde werd afgeschaft en vervangen door de civielrechtelijke regeling van de gedwongen opname zoals voorzien in de Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (WPG). De WIPG kwam echter niet in uitvoering en de omstreden ministeriële internering werd volledig geschrapt in de eerste versie van de nieuwe interneringswet (2014). Impliciet wordt aangenomen dat een veroordeelde die aan het einde van zijn of haar gevangenisstraf ernstige psychiatrische problematiek vertoont en een gevaar vormt voor zichzelf en/of de maatschappij, voortaan gedwongen zal worden opgenomen overeenkomstig artikel 22bis WPG (1990).

Psychiatrische zorg na de wetswijziging

De vraag is of hiermee alle problemen zijn opgelost (Heimans e.a. 2015). Ten eerste bestaat de mogelijkheid niet

meer om veroordeelden die een psychiatrische stoornis krijgen tijdens detentie, voor de duur van hun detentie over te brengen naar een aangepaste voorziening. Ten tweede komen deze patiënten na het einde van hun straf in de toekomst wellicht in het reguliere psychiatrische circuit terecht, waardoor enerzijds de noodzakelijke zorg en anderzijds de vereiste beveiliging niet kan worden gegarandeerd. Een dergelijke regeling zal met andere woorden een reorganisatie van de reguliere psychiatrie vereisen, want het gaat volgens Heimans e.a. (2015) dikwijls om delinquenten die een reëel gevaar vormen voor agressie binnen en buiten de instelling, die zwaarwegende delicten hebben gepleegd én ernstig psychiatrisch ziek zijn.

Reeds vanaf de voorziene interneringswet uit 2007 toonde de reguliere zorgsector zich bezorgd over deze evolutie. Koepelorganisatie Zorgnet Vlaanderen (vanaf 5 mei 2015 Zorgnet-Icuro) benadrukte dat de sector zich verplicht 'om per werkingsgebied van het Hof van Beroep de behandeling van een geïnterneerde te verzekeren. Het gaat met andere woorden akkoord met een collectieve opnameplicht mits het netwerk van voorzieningen binnen dit gebied over de mogelijkheden hiervoor beschikt. Men bepaalt binnen dit gebied zelf wie het best geschikt is om de geïnterneerde te behandelen. Een overeenkomst tussen het netwerk en de betrokken overheden vormt hierbij het kader.' (Moens & Pauwelyn 2012, p. 52).

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (2015) vraagt zich af of de context van een penitentiaire inrichting wel voldoende garanties biedt voor een psychiatrische behandeling wanneer veroordeelden met psychiatrische problemen niet langer geïnterneerd kunnen worden. Ook schat men de kans hoog dat een veroordeelde met ernstige psychiatrische problemen gedwongen zal worden opgenomen aan het einde van de straf, ook al staat deze mogelijkheid niet meer uitdrukkelijk in de interneringswet.

Gedwongen hulpverlening bij psychiatrische patiënten

Historisch zijn de interneringswet en de wet op de gedwongen opname verweven. Vóór de eerste interneringswet (1930) werden daders met een geestesziekte niet gestraft, maar vrijgesproken en verwezen naar een psychiatrische instelling, zoals geregeld door de toenmalige wet op de collocatie van 1850. Deze manier van werken stuitte in de eerste plaats op forse kritiek van magistraten en de publieke opinie, omdat de collocatie vaak vroegtijdig beëindigd werd om pragmatische redenen, zonder maatschappelijke toetsing (Smets e.a. 2009). Ook de huidige wet op de gedwongen opname laat toe dat de arts op ieder ogenblik de observatie kan stopzetten, zelfs nog voordat de vrederechter (civiele rechter vergelijkbaar met de kantonrechter in Nederland) ter zake een beslissing heeft genomen (Rotthier & Van Peteghem 2010).

Niet alleen werd de oude collocatiewet als ontoereikend beoordeeld om de maatschappij te beschermen, ook hadden medici kritiek op deze werkwijze. Zij onderstreepten onder meer de onveiligheid van hun instellingen, het gevaar voor morele besmetting van andere patiënten en de verplichting tot bijkomende veiligheids- en opsluitingscondities die een vlot functioneren van de instellingen hinderden (Goethals 1997). De interneringswet van 1930 voorzag de opname van geïnterneerden in afzonderlijke instellingen. Echter, na invoering van de wet was nog steeds 20% van de geïnterneerden (met een eerder beperkt risicoprofiel) opgenomen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz) en werd de roep om gespecialiseerde forensische zorg steeds luider (Cosyns 2005).

In 2001 werden de eerste *medium security units* (MSU's) opgericht met als doel een therapeutische setting te bieden aan geïnterneerden bij wie geen hoog beveiligingsniveau nodig was, maar die als te gevaarlijk of ongeschikt werden beschouwd voor behandeling in een reguliere psychiatrische instelling of ambulante ggz. Voor de gevaarlijkste groep was het wachten tot de oprichting van de eerste *highsecurity*-instelling eind 2014.

Bij een deel van de geïnterneerden gaat het om geïnterneerden-veroordeelden, die beschouwd worden als een bijzondere groep met een specifieke behoefte aan forensische zorg. Het is belangrijk uitspraken over deze groep patiënten empirisch te onderbouwen. Echter, onderzoek naar het profiel van geïnterneerden-veroordeelden is schaars. Uit de enige studie bij geïnterneerden-veroordeelden, uitgevoerd in de Waalse instelling *Les Marronniers*, bleek dat deze groep in vergelijking met reguliere geïnterneerden geen lichtere, maar ook geen ernstiger psychiatrische stoornissen had, maar wel verschilde in risicoprofiel (hogere mate van psychopathie en hogere scores op risicotaxatie-instrumenten) (Pham 2013; Vicenzutto & Pham 2015). De studie die wij in dit artikel beschrijven, is een vervolgonderzoek binnen een Vlaamse populatie.

Huidige studie

In deze studie vergelijken wij het profiel van een groep geïnterneerden-veroordeelden met dat van reguliere geïnterneerden, beiden opgenomen in één van de MSU's in Vlaanderen. Anticiperend op een mogelijke wetswijziging waarbij geïnterneerden-veroordeelden voortaan verwezen zouden worden naar de reguliere ggz, onderzochten wij of hun profiel hiermee verenigbaar is. Op basis van eerder onderzoek in Wallonië werd verwacht dat deze groep minstens even ernstige psychiatrische stoornissen zou hebben, vergeleken met een groep reguliere geïnterneerden. Ook werd een hoger risico op antisociaal gedrag verwacht op basis van het justitieel profiel en de afgenomen risicotaxatie-instrumenten.

METHODE

Procedure

Voor deze studie onderzochten wij de populatie geïnterneerden ($n = 531$), behandeld in één van de drie MSU's (Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist Zelzate en Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus Bierbeek) in de periode 2001-2010. We verdeelden deze populatie in twee groepen: namelijk geïnterneerden bij wie ooit een ministerieel besluit werd genomen tot internering (geïnterneerden-veroordeelden; $n = 48$) en reguliere geïnterneerden ($n = 483$). Zowel het demografische en het klinische profiel als het risicoprofiel werd vergeleken tussen beide groepen. De studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Op klinisch gebied werd nagegaan of er voorafgaand aan de opname op de MSU al opnames hadden plaatsgevonden in de reguliere ggz. Psychiatrische diagnoses werden cumulatief gesteld op basis van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV(-TR); American Psychiatric Association 2000) in samenspraak met de behandelend psychiaters. De intelligentie werd onderzocht via de *Wechsler Adult Intelligence Scale-III* (WAIS-III; Wechsler 2000). Het risicoprofiel werd beschreven via de justitiële antecedenten en de scores op drie risicotaxatie-instrumenten, waarvan de betrouwbaarheid en (predictieve) validiteit in eerder onderzoek werden aangetoond (Singh e.a. 2011).

De *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare 2003) geeft dimensionaal (score 0-40) de mate van psychopathische kenmerken weer, waarbij de forensisch psychiatrische normgroep gemiddeld een score van 21,5 behaalde. Categorieel wordt een score van 30 als afkapwaarde gehanteerd, terwijl in Europa een score van 25 of meer als indicatief voor psychopathie wordt gezien.

De *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20; Webster e.a. 1997) is een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument dat het risico op geweldsrecidive beschrijft als laag, matig of hoog. Voor de numerieke score (score 0-40) is er geen afkapwaarde voorzien.

De *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG; Quinsey e.a. 2006) is een actuarieel risicotaxatie-instrument bedoeld voor de langetermijnvoorspelling van geweldsrecidive. De totaalscore varieert van -26 tot +38, verdeeld over negen risicocategorieën, waarbij de drie hoogste categorieën een hoog risico op recidive aangeven. De gemiddelde score bij de forensisch psychiatrische normgroep was 0,91.

Met uitzondering van de VRAG (die werd gescoord door onderzoekers) werden de gegevens verzameld via CBM- en behandeldossiers. Detentieperiodes werden geregistreerd op basis van het administratief registratiesysteem SIDIS-Griffie van het gevangeniswezen.

Participanten

De kenmerken van de totale MSU-populatie ($n = 531$) worden weergegeven in de eerste kolom van **TABEL 1**. Het betrof hoofdzakelijk mannen (94,9%), van Belgische nationaliteit (90,1%), gemiddeld 36 jaar oud (SD 10,82; uitersten 18,8-73,4) bij eerste MSU-opname. Het merendeel (81,6%) werd voorafgaand aan de eerste MSU-opname opgenomen in de reguliere ggz. Gemiddeld waren er voorafgaand aan de MSU-behandeling 6,3 eerdere strafrechtelijke vonnissen (SD 5,73; uitersten 1-40), waarvan 2,6 (SD 1,87; uitersten 0-11) voor een geweldsdelict.

De meest voorkomende DSM-diagnoses waren persoonlijkheidsstoornissen (70,6%), aan middelen gebonden stoornissen (56,7%) en psychoses (43,9%).

Het risico voor nieuwe geweldsfeiten werd bij ongeveer een derde van de populatie hoog ingeschat, zowel op basis van de PCL-R (33,5%), de HCR-20 (37%) als de VRAG (30,4%).

Data-analyse

De data-analyse werd uitgevoerd in SPSS versie 22. Verschillen tussen geïnterneerden-veroordeelden en reguliere geïnterneerden werden bivariaat getest met de χ^2 -toets of Fischers exacte toets ingeval van categorische variabelen, en met de t-test of met de U-test van Mann-Whitney ingeval van continue variabelen.

Voor een groot deel van de variabelen waren er ontbrekende gegevens. Exclusie van alle patiënten met ontbrekende gegevens zou de steekproefgrootte verkleinen tot $n = 133$. Daarom beslisten wij de analyses uit te voeren met alle beschikbare data, wat zorgde voor variabele steekproefgroottes (zie **TABEL 1**).

RESULTATEN

Beschrijving geïnterneerden-veroordeelden

Een ministeriële internering werd bij meer dan twee derde (73,3%) opgelegd omwille van een geweldsdelict, bij 24,4% omwille van een eigendomsdelict en bij 2,2% vanwege een verkeersdelict. De kenmerken van de populatie geïnterneerden-veroordeelden ($n = 48$) worden weergegeven in de derde kolom van **TABEL 1**. Geïnterneerden-veroordeelden waren uitsluitend mannen met overwegend de Belgische nationaliteit (87,5%) en gemiddeld 35 jaar oud (SD 9,31; uitersten 21,7-67,4) bij eerste opname in een MSU. Het merendeel (81,6%) werd voorafgaand aan de eerste MSU-opname opgenomen in de reguliere ggz. Gemiddeld waren er voorafgaand aan de MSU-behandeling 9,5 (SD 7,71; uitersten 1-38) eerdere vonnissen, waarvan 3,3 (SD 2,21; uitersten 1-11) voor een geweldsdelict.

TABEL 1 Vergelijking tussen patiënten met een reguliere interneringsmaatregel en een ministeriële internering

	Totale populatie			Geïnterneerden (n = 483)		Geïnterneerden-veroordeelden (n = 48)		p	Phi/r
	N	%	M (SD)	%	M (SD)	%	M (SD)		
Demografisch									
Vrouwelijk geslacht	531	5,1		5,6		0		0,16	
Belgische nationaliteit	527	90,1		90,5		87,5		0,46	
Stabiel werkverleden ≥ 3 j.	484	30,6		32,1		14,6		0,02*	0,11
Stabiel relatieverleden ≥ 1 j.	474	43,0		44,2		29,7		0,09	
Bijzonder onderwijs	496	23,6		23,5		24,4		0,90	
Leeftijd bij eerste MSU-opname	531		36,5 (10,82)		36,6 (10,96)		35,5 (9,31)	0,66	
Justitieel									
Leeftijd eerste vonnis	531		24,8 (9,13)		25,1 (9,32)		21,3 (5,89)	0,00**	0,13
Geweldsantecedenten	531	92,8		92,1		100		0,04	0,09
Aantal antecedenten	531		6,25 (5,73)		5,9 (5,40)		9,5 (7,71)	0,00**	0,15
Aantal geweldsantecedenten	531		2,4 (1,91)		2,3 (1,86)		3,25 (2,21)	0,00**	0,14
Aantal detenties voor opname	530		4,2 (4,36)		4,1 (4,34)		5,9 (4,2)	0,00***	0,17
Duur detentie voor opname	530		1691,1 (1824,18)		1565,5 (1708,95)		2951,7 (2404,17)	0,00***	0,24
Klinische variabelen									
Eerdere psychiatrische opnames	521	81,6		81,6		81,6		0,97	
WAIS-III-score	284		80,5 (16,81)		80,6 (16,80)		80,0 (17,16)	0,94	
Psychiatrische diagnose	531								
Psychotische stoornissen		43,9		42			0,01*	0,12	
Schizofrenie/schizoaffectief		32,8		31,9			0,17		
Overige psychotische stoornis		11,1		10,1			0,03*	0,10	
Angst- en stemmingsstoornis		6,6		6,8			0,48		
Persoonlijkheidsstoornis		70,6		70,4			0,71		
Cluster A		6,8		6,4			0,36		
Cluster B		45,6		45,8			0,79		
Cluster C		3,2		3,3			1,00		
Niet anders omschreven		15,6		15,3			0,53		
Middelenmisbruik		56,7		57,6			0,20		
Verstandelijke beperking		12,8		12,6			0,70		
Comorbiditeit assen		71,2		70,6			0,34		
Risicotaxatie									
PCL-R									
Totaal	224		21,1 (6,58)		20,6 (6,47)		24,6 (5,38)	0,00**	0,20
Factor 1	215		8,6 (3,40)		8,5 (3,43)		9,0 (3,24)	0,40	
Factor 2	213		10,3 (3,86)		10,0 (3,87)		12,9 (2,68)	0,00***	0,25
Facet 1	172		3,1 (2,13)		3,1 (2,17)		3,2 (1,80)	0,68	
Facet 2	173		5,6 (1,90)		5,6 (1,95)		6,0 (1,37)	0,58	
Facet 3	170		6,1 (2,53)		5,9 (2,55)		7,3 (2,02)	0,04*	0,16
Facet 4	163		5,5 (2,56)		5,2 (2,53)		7,8 (1,52)	0,00***	0,31
PCL-R ≥ 30	224	8,9		7,1			0,02*	0,17	
PCL-R ≥ 25	224	33,5		30,5			0,01*	0,17	

TABEL 1 Vervolg

	Totale populatie			Geïnterneerden (n = 483)		Geïnterneerden-veroordeelden (n = 48)		p	Phi/r
	N	%	M (SD)	%	M (SD)	%	M (SD)		
HCR-20									
Totaal	298		24,5 (5,27)		24,3 (5,36)	26,1 (3,96)	0,09		
H-schaal	298		14,1 (3,22)		13,9 (3,27)	15,7 (2,04)	0,01*	-0,15	
C-schaal	298		4,7 (1,83)		4,7 (1,82)	5,0 (1,84)	0,52		
R-schaal	298		5,8 (2,12)		5,8 (2,12)	5,5 (2,23)	0,56		
GKO Hoog	263	38,4		37,5			0,33		
VRAG									
Totaal	230		8,0 (10,94)		7,3 (10,96)	16,1 (6,74)	0,00***	0,22	
Hoog risico	230	30,4		28,2			0,01**	0,17	

WAIS-III = Wechsler Adult Intelligence Scale-III; PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; HCR-20 = Historical Clinical Risk Management-20; GKO = gestructureerd klinisch oordeel; VRAG = Violence Risk Appraisal Guide.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

De meest voorkomende DSM-diagnoses waren persoonlijkheidsstoornissen (72,9%), psychoses (62,5%) en aan middelen gebonden stoornissen (47,9%).

Het risico op nieuwe geweldsfeiten werd hoog ingeschat bij ongeveer de helft van de populatie, zowel op basis van de PCL-R (55,6%), de HCR-20 (45,2%) als de VRAG (58,8%).

Vergelijking tussen beide groepen geïnterneerden

In **TABEL 1** werd een vergelijking gemaakt tussen patiënten met een ministeriële en een reguliere interneringsmaatregel. Wat betreft demografische kenmerken hadden meer geïnterneerden-veroordeelden in vergelijking met reguliere geïnterneerden een onstabiel werkverleden ($\chi^2(1) = 5,37$; $p = 0,02$; $\phi = 0,11$).

Wat betreft klinische kenmerken was bij meer geïnterneerden-veroordeelden een psychotische stoornis gediagnosticeerd ($\chi^2(1) = 7,43$; $p = 0,01$; $\phi = 0,15$). Schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis werd niet vaker gediagnosticeerd, maar overige psychotische stoornissen zoals een psychose niet anderszins omschreven of een waanstoornis werden wel vaker vastgesteld bij geïnterneerden-veroordeelden ($\chi^2(1) = 5,05$; $p = 0,03$; $\phi = 0,15$). Dit verschil bleef significant na matching op delictkwalificatie en aantal antecedenten ($\chi^2(1) = 4,36$; $p = 0,04$).

Uit onderzoek van de justitiële kenmerken bleek dat geïnterneerden-veroordeelden jonger waren bij hun eerste vonnis dan reguliere geïnterneerden ($U = 8540,50$; $z = -3,01$; $p = 0,00$; $r = -0,13$). Daarnaast waren er meer geïnterneerden-veroordeelden met een geweldsantecedent (Fishers exacte toets: $p = 0,04$; $\phi = 0,09$) en hadden geïnterneerden-veroor-

deelden meer veroordelingen voor algemene delicten ($U = 8083,50$; $z = -3,48$; $p = 0,00$; $r = -0,15$) en geweldsdelicten ($U = 8451,00$; $z = -3,20$; $p = 0,00$; $r = -0,14$) dan reguliere geïnterneerden. Zij verbleven tevens vaker ($U = 7565,50$; $z = -4,02$; $p = 0,00$; $r = -0,17$) en langer ($U = 6048,50$; $z = -5,46$; $p = 0,00$; $r = -0,24$) in detentie voordat ze werden opgenomen op de MSU.

Scores op risicotaxatie-instrumenten verschilden significant tussen beide groepen. Geïnterneerden-veroordeelden hadden een hogere mate van psychopathie volgens de totaalscore op de PCL-R ($t(222) = 3,00$; $p = 0,00$; $r = 0,20$). Ze scoorden hoger op factor 2 en facet 3 en 4, die verwijzen naar een antisociale levensstijl. Bij significant meer geïnterneerden-veroordeelden kon psychopathie gediagnosticeerd worden op basis van zowel een afkapscore van 30 (exacte toets van Fisher: $p = 0,02$; $\phi = 0,17$) als een afkapscore van 25 ($\chi^2(1) = 6,72$; $p = 0,01$; $\phi = 0,17$). Ze vertoonden verder een ernstiger risicoprofiel op basis van zowel de score op de historische schaal van de HCR-20 ($U = 2460,00$; $z = -2,57$; $p = 0,01$; $r = -0,15$) als de totaalscore op de VRAG ($t(228) = -3,27$; $p = 0,00$; $r = 0,22$).

DISCUSSIE

De procedure tot ministeriële internering maakt het zonder beroepsmogelijkheden mogelijk om veroordeelden met een psychische stoornis tijdens hun detentie te interneren en na afloop van de straf tijd langer van hun vrijheid te beroven. Deze maatregel wordt bekritiseerd omwille van de zwakke rechtspositie voor de geïnterneerde-veroordeelde. Ook schendt het artikel volgens sommigen funda-

mentele mensenrechten, een standpunt dat door de Belgische rechtspraak werd tegengesproken. België blijkt daarenboven één van de weinige landen te zijn die in een dergelijke procedure voorzien. In het ontwerp van de nieuwe interneringswet (2016), werd de omstrede ministeriële internering geschrapt.

Vergelijking met eerder onderzoek

Wij onderzochten de mogelijke implicaties van de nieuwe interneringswet voor de reguliere ggz en raken hiermee aan een breder debat over de aansluiting van de reguliere zorg bij de forensische zorg. Daarbij kunnen we ook verwijzen naar het actuele debat in Nederland in verband met de invoering van de Wet forensische zorg en de Wet verplichte GGZ. Wij onderzochten of het klinisch profiel en risicoprofiel van de populatie geïnterneerden-veroordeelden verenigbaar waren met niet-categoriale zorg. Geïnterneerden-veroordeelden in een MSU-setting werden hiervoor vergeleken met reguliere geïnterneerden (ook binnen een MSU-setting) op demografisch en klinisch gebied en risicogebied.

In tegenstelling tot Vicenzutto en Pham (2015), die bij vergelijkbare populaties geen verschillen vonden wat betreft psychiatrische stoornissen, waren er in onze studie meer geïnterneerden-veroordeelden bij wie een overige psychotische stoornis gediagnosticeerd was. Of deze stoornissen het gevolg waren van bijvoorbeeld detentieschade ('gevangenispsychose') kon niet achterhaald worden. Wat betreft andere psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie, aan middelen gebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen was er conform de Waalse studie geen verschil tussen beide groepen.

Ook in overeenstemming met de Waalse studie van Pham (2013) vertoonden de Vlaamse geïnterneerden-veroordeelden een hoger risico op recidive. Dit werd duidelijk aan de hand van de justitiële antecedenten (jongere leeftijd bij eerste vonnis, meer antecedenten, meer en langere detentieperiodes), maar ook op basis van de scores op de afgenomen risicotaxatie-instrumenten. Zo was de gemiddelde VRAG-score hoog in vergelijking met de normgroep van forensisch psychiatrische patiënten (Quinsey e.a. 2006). Ook bleek één van de belangrijkste risicofactoren voor terugval in (gewelddadige) delicten, een hoge mate van psychopathie, prominenter aanwezig te zijn. Zo was de PCL-R-totaalscore hoger in vergelijking met de normgroep van forensisch psychiatrische patiënten (Hare 2003) en was er met name een verhoging op factor 2 en facet 4, de gedragskenmerken van psychopathie die in onderzoek de duidelijkste link hadden met een verhoogd recidiverisico (Walters 2003; Leistico e.a. 2008).

De hogere scores op genoemde kenmerken zijn des te opvallender omdat bij de groep waarmee vergeleken werd al een matig verhoogd risico- en beveiligingsniveau werd vastgesteld. Hoewel significant verschillend, blijven de effectgroottes klein, waardoor minimaal geconcludeerd kan worden dat we te maken hebben met een minstens even problematische groep patiënten.

Implicaties

Verder onderzoek zal moeten aantonen of de huidige resultaten te generaliseren zijn naar de totale groep van geïnterneerden-veroordeelden, waarvan vooralsnog geen prevalentie- of profielcijfers beschikbaar zijn. Cijfers van het ministerie van Justitie tonen aan dat op dit moment slechts zeer beperkt gebruikgemaakt wordt van de maatregel; zo waren er tussen september 2012 en mei 2015 slechts 19 verzoeken tot ministeriële internering. Daarenboven kan door de wetsherziening psychiatrische zorg aan gedetineerden buiten de gevangenis ten vroegste aan de orde komen binnen de modaliteiten van de gewone strafuitvoering.

In Nederland daarentegen bestaat wel de mogelijkheid tot tijdelijke overbrenging naar een forensische instelling voor behandeling (Art. 13 Wetboek van Strafrecht, plaatsing) en men denkt na over alternatieven. Zo kan in het voorstel tot de nieuwe wet Forensische zorg de strafrechter een civielrechtelijke zorgmachtiging opleggen, die niet langer locatie-, maar individugebonden zal zijn.

Op basis van beide onderzoeken kunnen we ten minste concluderen dat de onderzochte groep kampt met complexe problematiek. De typische geïnterneerde-veroordeelde is een man van middelbare leeftijd met een beperkt sociaal netwerk, ernstige psychiatrische symptomen in combinatie met een verslavings- en/of persoonlijkheidsproblematiek en heel wat justitiële antecedenten. Het bijhorende risicoprofiel vraagt om aangepaste zorg binnen een – infrastructureel en relationeel – voldoende hoog beveiligingsniveau, met oog voor risicotaxatie en -management.

Het blijft de vraag hoe de reguliere zorgsector in een tijdperk van bezuiniging en vermaatschappelijking van de zorg zal omgaan met deze nieuwe zorgvraag. Een tweede belangrijke vraag hierbij is of de maatschappij op voldoende wijze beschermd zal worden via de toepassing van een civielrechtelijke plaatsing. Riskeren we niet opnieuw te maken te krijgen met risicovermijding in plaats van risicomanagement?


Andere landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, voorzien daarom in een strafrechtelijke toetsing. Een plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis tijdens detentie (Section 47/49 Mental Health Act; MHA) en daarna (Section 37/41 MHA) gaat gepaard met een zogenaamde *restriction order* van

onbepaalde duur waarbij het ministerie van Justitie bepaalt wanneer (voorwaardelijke) invrijheidsstelling mogelijk is (Rethink Mental Illness 2015). Belangrijk detail bij deze procedures is dat de behandeling verwezen wordt naar gespecialiseerde forensische centra, in Engeland *secure hospitals* genoemd, met een beveiligingsniveau dat hoger ligt dan dat van reguliere psychiatrische afdelingen. In een tijd waarin patiëntenstromen steeds nauwer met elkaar verweven raken (het merendeel van de MSU-geïnterneerden werd eerder opgenomen in de reguliere ggz), zal het zaak zijn om de juiste patiënt op de juiste plek te krijgen, zowel in het belang van de patiënt als in het belang van de maatschappij. Regulier waar het kan, forensisch waar het moet.

CONCLUSIE

De afschaffing van de ministeriële internering in het ontwerp van de nieuwe interneringswet van 2016 roept een aantal vragen op. Onze studie toont aan dat geïnterneerden veroordeelden beschouwd kunnen worden als een complexe groep, zowel psychiatrisch als justitieel. Het opheffen

van de maatregel lost een aantal juridische problemen wat betreft rechtsonzekerheid op, maar creëert nieuwe – vooral klinische – problemen. Meer gedetineerden zullen geconfronteerd worden met een dubbele status tijdens detentie en die kan de toegang tot psychiatrische zorg belemmeren. Bovendien zijn de huidige reguliere psychiatrische zorginstellingen onvoldoende uitgerust om een antwoord te bieden op complexe forensische zorgvragen. Niet enkel forensische patiënten kan hierdoor de aangepaste zorg ontzegd worden, ook de samenleving dreigt hierdoor onveiliger te worden. Alternatieven, zoals het openstellen van (bijkomende) forensische afdelingen voor patiënten met een civielrechtelijke rechtspositie en het voorzien in extra strafrechtelijke toetsing bij het beëindigen van de behandeling, zijn denkbaar.

 De deelnemende afdelingen en de voorzitters van de CBM waren betrokken bij de dataverzameling. De studie kreeg financiële ondersteuning van Limburg Sterk Merk en OPZC.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Text Revision, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Berge Y Van Den. Het gevreesde artikel 21 van de Wet Bescherming Maatschappij doorstaat de rechterlijke toets, maar hoort het nog thuis in het Belgisch penitentiair recht. Tijdschrift voor Strafrecht 2008; 5: 396-7.
- Berge Y Van Den. Artikel 21 van de Wet Bescherming Maatschappij doorstaat nu ook de toets van het Grondwettelijk Hof. Tijdschrift voor Strafrecht 2011; 4: 261-4.
- Clerck A De, Van Steenbrugge W. Het wetsontwerp internering: het lijden eindelijk verlicht? Fatik 2007; 114: 16-20.
- Cosyns P. Werkgroep forensisch psychiatrisch zorgcircuit: syntheseverlag mei. Brussel: Federale Overheidsdienst Justitie; 2005.
- Dijkmans I. De internering van veroordeelden krachtens een beslissing van de Minister van Justitie: een maatregel van onbepaalde duur? Panopticon 1980; 3: 224-35.
- Goethals J. De wet tot bescherming van de maatschappij in historisch perspectief. In: Casselman J, Cosyns P, Goethals J, Vandenbroucke M, De Doncker D, Dillen C, red. Internering. Leuven: Garant; 1997. p. 11-38.
- Hare RD. Manual for the Revised Psychopathy Checklist. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
- Heimans H, Vander Beken T, Schipaanboord AE. Eindelijk een echte nieuwe en goede wet op de internering? Deel 1: De gerechtelijke fase. Rechtskundig Weekblad 2015; 27: 1043-64.
- Leistico AR, Salekin RT, DeCoster J, Rogers R. A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. Law Hum Behav 2008; 32: 2845.
- Moens I, Pauwelyn L. Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden. Brussel: Zorgnet Vlaanderen; 2012.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies inzake opmerkingen op de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. 2015. http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Nationalcouncilforhospitalfaci/adviesprogramming2015/19101790_NL#.VkRV9llUk
- Pham TH. Aspects d'expertise. Nationaal congres bescherming van de maatschappij; 2013 20-21 september; Brussel; 2013.
- Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders: Appraising and managing risk. Washington: American Psychological Association; 2006.
- Rethink Mental Illness. Section 47 49 - Transfer of a sentenced prisoner to hospital. 2015. <http://www.rethink.org/living-with-mental-illness/police-courts-prison/section-47-49-transfer-of-a-sentenced-prisoner-to-hospital>

- Rotthier K, Van Peteghem P. De nazorg als behandelingsmodaliteit in de WPG. In: Benoit G, De Fruyt J, Nys H, Rommel G, Steegen G, Van Peteghem P, e.a., red. De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven. Brugge: die Keure; 2010. p. 59-72.
- Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 499-513.
- Smets H, Verelst R, Vandenberghe J. Geestesziek en gevaarlijk: gedwongen opname of internering? *Het Belgische wettelijke kader*. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 217-25.
- Vicenzutto A, Pham TH. Les condamnés qu'on interne: plus fous? plus malades. *Ann Med Psychol*. 2015; 173: 629-30.
- Walters GD. Predicting institutional adjustment and recidivism with the Psychopathy Checklist Factor scores: A meta-analysis. *Law Hum Behav* 2003; 27: 541-58.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2). Burnaby: Simon Fraser University; 1997.
- Wechsler D. WAIS-III Nederlandstalige bewerking. Afdeling en scoringshandleiding. Lisse: Swets; 2000.
- Weis K. Gewikt en gewogen: de internering opgelegd door de Minister. *Rechtskundig Weekblad* 2010; 73: 1114-24.

SUMMARY

Abolition of the internment of convicted prisoners in Belgium: clinical implications

I. JEANDARME, C. POULS, K. HANOULLE, T.I. OEI, S. BOGAERTS

BACKGROUND According to article 21 of the current Belgian law regarding the protection of society, the ministry of Justice can transfer a convicted prisoner to the Commission for the Protection of Society if that prisoner develops a severe mental illness in the course of a prison sentence. The proposed abolition of this article is raising concerns in psychiatric hospitals which are not equipped to deal with dangerous forensic patients.

AIM To explore the profiles of convicted internees and to find out to what extent they differ from the profiles of regular internees.

METHOD Convicted internees (n = 48) and regular internees (n = 483) treated in one of the Flemish medium security units were compared on the basis of demographic, clinical and risk factors.

RESULTS Compared to regular internees, convicted internees suffered from more serious psychiatric problems and showed a more severe risk profile.

CONCLUSION The abolition of article 21 presents regular psychiatric hospitals with new challenges.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)8, 574-582

KEY WORDS article 21, internment, Social Defense