

Politie en justitie over complexe psychiatrische zorgbehoeften en rechterlijke beschermingsmaatregelen

L. Van Suetendael, T. Schrijvers, K. Van den Broeck, J. Michielsens, G. Dom, M. Destoop

- Achtergrond** Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen ervaren vaak moeilijkheden in andere levensdomeinen, zoals fysieke gezondheidsklachten, comorbide middelenmisbruik, instabiele huisvesting of structurele armoede. De interactie tussen deze factoren creëert een complexe zorgbehoefte die vaak onvervuld blijft. Daarnaast komen ze regelmatig in contact met justitie en politie, zowel strafrechtelijk als in het kader van rechterlijke beschermingsmaatregelen.
- Doel** De visie van actoren uit justitie en politie op complexe psychiatrische zorgbehoeften en rechterlijke beschermingsmaatregelen in kaart brengen.
- Methode** Kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews met 15 actoren uit justitie en politie.
- Resultaten** Participanten beschouwden de interactie tussen moeilijkheden op verschillende levensdomeinen als complex. Ze waren kritisch over het zorgaanbod voor deze doelgroep. Participanten bleken zeer bereid om intersectoraal samen te werken, maar het beroepsgeheim en een gebrek aan structurele samenwerkingsverbanden werkten hierbij belemmerend. Gedwongen opname en bewindvoering over de goederen werden algemeen als zinvolle beschermingsmaatregelen beschouwd.
- Conclusie** Parallel aan de visie van de ggz beschouwen actoren uit politie en justitie de interactie tussen moeilijkheden op verschillende levensdomeinen als complex. Zij zien behoefte aan intensieve, langdurige en aanklampende zorg en een ruim aanbod aan begeleide woonvormen waar integrale zorg geboden wordt voor personen met complexe psychiatrische zorgbehoeften. Actoren uit justitie en politie zijn bereid hierin een rol op zich te nemen. Verder onderzoek naar en ontwikkeling van toegankelijke en waar nodig aanklampende, intersectorale zorg zijn aangewezen.

Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen ervaren vaak moeilijkheden in andere, interagerende levensdomeinen, zoals fysieke gezondheidsklachten, comorbide middelenmisbruik, instabiele huisvesting of structurele armoede.^{1,4} Dit creëert een complexe zorgbehoefte die vaak onvervuld blijft omdat deze populatie moeilijk bereikbaar is of tussen de mazen van het (zorg)net door glipt.^{2,5-9} ‘Geïntegreerde zorg’ wordt algemeen beschouwd als een antwoord op deze complexe zorgbehoefte.¹⁰ De Wereldgezondheidsorganisatie spreekt over ‘een continuüm van zorg (...) over verschillende echelons en locaties binnen en buiten de zorgsector, in overeenstemming met de noden [van mensen] doorheen hun leven’.¹¹ Effectieve implementatie van geïntegreerde zorg blijft erg uiteenlopend, met in de praktijk voornamelijk voorbeelden van integratie van diensten uit de eerstelijns-, verslavings-, geestelijke gezondheidszorg (ggz) en welzijnswerk, en dit in diverse samenstellingen.^{12, 13}

Mensen met een complexe zorgbehoefte komen echter ook regelmatig in aanraking met sectoren buiten de zorg, zoals politie en justitie.^{1,14} Er is een hoge prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij gedetineerden.^{15, 16} Daarnaast zijn in België meer dan 4000 personen geïnterneerd.¹⁷ Probatietrajecten, gevolgd door *justitie-assistenten*, hebben ggz-behandeling vaak als voorwaarde (zie **tabel 1** voor uitleg van enkele begrippen).¹⁸ De link tussen psychiatrie en recht is niet alleen in het strafrecht, maar ook in het civielrecht te maken. De Belgische wetgeving voorziet bijvoorbeeld in een aantal rechterlijke beschermingsmaatregelen, waaronder de gedwongen opname en bewindvoering. De *wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke* regelt de gedwongen opname, die Vandenberghe e.a. elders in dit themanummer (pag. 489) uitgebreid bespreken. Het aantal gedwongen opnames toont internationaal al jaren een stijgende

AUTEURS

Luna Van Suetendael*, promovendus Family Medicine and Population Health, Universiteit Antwerpen en verpleegkundige, Outreachteam CAW Antwerpen, Antwerpen.

Thomas Schrijvers*, arts in opleiding in de volwassenenpsychiatrie, Universiteit Antwerpen en UZA, Edegem.

Kris Van den Broeck, psycholoog-gedragstherapeut, Family Medicine and Population Health, Universiteit Antwerpen.

Joris Michiels, postdoctoraal onderzoeker, Departement Volksgezondheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen en Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Universiteit Antwerpen.

Geert Dom, emeritus hoogleraar met opdracht, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Universiteit Antwerpen en Zorggroep Multiversum, Boechout.

Marianne Destoop, psychiater en postdoctoraal onderzoeker, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Universiteit Antwerpen en Zorggroep Multiversum, Boechout.

*Gedeeld eerste auteur.

Correspondentie

Luna Van Suetendael (luna.vansuetendael@uantwerpen.be).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-7-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(8):477-482

lijn, ook in België,¹⁹ met in 2021 bijna 5000 gedwongen opnames.²⁰ De gedwongen opname is een juridische beslissing op basis van een medische inschatting. Bij een gewone procedure dient een belanghebbende een verzoekschrift en omstandig geneeskundig verslag in bij het vrederechter, waarna de *vrederechter* een (huis)bezoek plant om het verzoek te beoordelen.

Echter, 83% van de gedwongen opnames vindt plaats via de spoedprocedure waarbij de *procureur des Konings* opdracht geeft aan de *politie* om de betrokkene naar een arts te brengen.²¹ Deze schat in of er al dan niet aan de wettelijke criteria voor een gedwongen opname voldaan wordt, namelijk: de betrokkene heeft een geestesziekte, er is gevaar voor de integriteit van de persoon zelf of anderen en er is geen andere geschikte, minder ingrijpende maatregel mogelijk. Bij het opstarten van de maatregel wordt de betrokkene overgebracht naar een psychiatrisch ziekenhuis, waar de maatregel binnen de 10 dagen door de vrederechter wordt bekrachtigd of beëindigd.

Ook op het snijpunt van zorg en recht staat de *wet van 17 maart 2013 tot hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en tot instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met menselijke waardigheid*. Met deze wet kan de vrederechter een bewind over de persoon, de goederen of beide opleggen aan meerderjarigen die 'wegens hun gezondheidstoestand, geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of definitief, niet in staat zijn om zelf hun persoonlijke rechten te behartigen of hun goederen te beheren'. De wet geeft de voorkeur aan de aanstelling van een familielid als bewindvoerder, maar de vrederechter kan ook een *professionele bewindvoerder* (vaak een advocaat) aanduiden.²² Zo'n 140.000 personen staan in België onder bewindvoering. De helft van hen

blijkt jonger dan 50 jaar, wat doet vermoeden dat een aanzienlijk deel van hen een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek heeft.²³

Actoren uit politie en justitie komen dus frequent en vaak op impactvolle momenten in contact met personen met een complexe zorgbehoefte, maar worden zeer beperkt betrokken in onderzoek.¹⁹

Met deze studie trachten wij hieraan tegemoet te komen door een antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de visie van politie en justitie op complexe psychiatrische zorgbehoeften?
- Wat is de visie van politie en justitie op intersectorale samenwerking bij complexe psychiatrische zorgbehoeften?
- Wat is de visie van actoren uit politie en justitie op rechterlijke beschermingsmaatregelen zoals gedwongen opname en bewindvoering?

METHODE

Voor dit exploratief kwalitatief onderzoek interviewden we politieagenten, professionele bewindvoerders, procureurs des konings, vrederechters en justitieassistenten die werkzaam waren binnen de provincie Antwerpen, België. Participanten werden via e-mail gerekruteerd uit het professionele netwerk van de onderzoekers en via intermediairen in het werkveld. Er werd doelgericht gerekruteerd met het oog op relevante ervaring betreffende gedwongen opname, bewindvoering en complexe zorgbehoefte en variatie wat betreft geslacht en jaren beroepservaring.

Tabel 1. Begrippenlijst actoren uit politie en justitie

Detentie	Vrijheidsberovende straf die een persoon dient te ondergaan in de gevangenis ²⁴
Internering	Internering is een juridische, strafrechtelijke veiligheidsmaatregel die wordt uitgesproken door de strafrechter voor personen met een psychische aandoening die een misdrijf pleegden, maar over wie de rechter oordeelt dat zij geen controle hadden over hun daden en bovendien een gevaar vormen voor de maatschappij ²⁵
Justitieassistent	Een justitieassistent staat in voor de begeleiding en het volgen van daders, de uitvoering van gemeenschapsgerichte straffen, de informatie en bijstand aan slachtoffers en hun naasten/nabestaanden, de bemiddeling tussen dader en slachtoffer ²⁶
Probatie	Bij veroordeling voor een misdrijf, kan de rechter de uitspraak van de straf opschorten of de uitvoering van de straf uitstellen, mits men instemt een aantal voorwaarden na te leven. We spreken dan over probatie. Een justitieassistent volgt op of de voorwaarden worden nageleefd ¹⁸
Procureur des Konings	De procureur des Konings is een magistraat die deel uitmaakt van het Openbaar Ministerie. Het Openbaar Ministerie vertegenwoordigt de samenleving in de rechtbank. Zijn voornaamste taak is het opsporen en vervolgen van misdrijven. De magistraten van het Openbaar Ministerie leiden het strafonderzoek, sporen de daders op en vorderen in de rechtbank een straf tegen de verdachten. Een andere belangrijke opdracht is het verlenen van advies in burgerlijke zaken ²⁷
Verzoekschrift	Een verzoekschrift is een officieel document waarmee men een procedure voor de rechtbank begint ²⁸
Vrederechter	De vrederechter is een nabijheidsrechter die zich o.a. bezighoudt met huurzaken, geschillen tussen burens, grenzen tussen eigendommen en erfdiensbaarheden, mede-eigendom en ook de bescherming van personen (bewindvoering en gedwongen opname) ²⁹

Uit elke beroepscategorie interviewden we drie professionals in de periode maart-april 2024. De interviews werden afgenomen door onderzoekers LVS (sociaal verpleegkundige) en TS (arts in opleiding tot psychiater). Het eerste interview werd gezamenlijk afgenomen om de consistentie in de volgende interviews te waarborgen. Alle overige participanten werden geïnterviewd door één interviewer aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst (zie online appendix). Bij twee procureurs werd om praktische overwegingen een dubbelinterview afgenomen. Alle interviews vonden plaats op de werkplek van de participant. De gemiddelde duur was 49 minuten (uitersten: 33-88). De interviews werden opgenomen en woordelijk getranscribeerd door de interviewers. De data werden thematisch geanalyseerd volgens de methodiek van Braun en Clarke.³⁰ Na het eigen maken van de data codeerden LVS en TS alle interviews individueel. Dit gebeurde zowel deductief (codes resulterend uit de thema's in de topiclist) als inductief (nieuwe codes relevant voor de onderzoeksvraag). In overleg brachten LVS en TS de initiële codes samen in (sub)thema's. Deze werden besproken met senior onderzoeker MD (psychiater) en na consensus in definitieve thema's ondergebracht. Het ethisch comité UZA/UAntwerpen keurde het onderzoek goed (referentienummer 2024-6117). Alle participanten gaven schriftelijk geïnformeerde toestemming.

RESULTATEN

Tabel 2 toont de kenmerken van de participanten. Ze hadden gemiddeld 13 jaar ervaring in hun huidige functie en rapporteerden allen (zeer) frequent in contact te komen met personen met een complexe psychiatrische zorgbehoefte.

Complexe psychiatrische zorgbehoeften

Alle participanten begrepen complexe psychiatrische zorgbehoeften als een combinatie van psychiatrische stoornissen en sociale problematiek. In de casussen die ze tegenkwamen, waren er uiteraard ook interacties met justitie. Persoonlijkheidsstoornissen, verslaving en dakloosheid werden frequent genoemd: 'ik vind 'complex' wanneer je te maken hebt met antisociale persoonlijkheden.' (VR1). '(...) en waar dat hun geestelijke problemen samengaan met strafbare feiten, intrafamiliale problemen, dakloosheid of verslaving.' (PR1).

Deze kenmerken, eigen aan complexe zorgbehoeften, konden fungeren als exclusiecriteria voor vrijwillige zorg in de ggz: 'Omdat er altijd wel een of ander uitsluitingscriterium is. (...) ik weet dat er sommige voorzieningen zijn die niet willen dat er justitieel cliënteel binnenkomt.' (JA2).

Complexiteit werd verergerd door de chronische aard van de problematiek, een gebrek aan ziekte-inzicht en een gebrek aan intrinsieke motivatie. De ggz verwachtte

nog te vaak dat betrokkenen zelf een hulpvraag stellen, wat mensen met een complexe zorgbehoefte niet altijd lukte. Participanten zagen meer aanklappende zorg als een antwoord hierop, maar dit aanbod vonden zij nog te beperkt: *'(...) dan is dat dikwijls geen aanklappende hulp. En dat zijn dan vaak net cliënten die daar eigenlijk wel meer baat bij zouden hebben.'* (JA2).

Participanten zagen het zorglandschap als te versnipperd, stuitten frequent op wachtlijsten en merkten op dat personen met een complexe zorgbehoefte binnen de ggz vaak van her naar der verwezen werden: *'de mensen zien door het bos de bomen niet meer. En wij soms als professionals ook niet meer.'* (VB2) Er was te weinig geïntegreerde zorg: *'Ik noem dat zoals een paard met oogkleppen. Ik zie mijn probleem, maar ik zie de rest niet of ik wil de rest niet zien.'* (PO2).

Intersectorale samenwerking

Er heerste consensus dat complexe zorgbehoeften een multidisciplinaire aanpak vereisen. Beroepsgeheim kon hierin een belemmerende factor zijn. Het bestaande wettelijk kader werd als ontoereikend ervaren, waardoor overleg in complexe situaties regelmatig in een grijze zone plaatsvond. *'(...) Dus ik begeef mij in de mistige zone van beroepsgeheim.'* (VR1).

Vanuit de juridische en politionele sector ervoer men eenrichtingsverkeer; justitieassistenten en politieagenten hadden het gevoel om als boeman te worden beschouwd en stuitten vaker op het beroepsgeheim dan andere participanten, ondanks een gedeelde doelstelling: *'Het is niet wij tegen zij, het is wij allemaal samen om er iets goed van te maken en de persoon te helpen.'* (PO1). Artsen schermde vaak onnodig met beroepsgeheim. Ze gaven onvolledige informatie aan het parket en verwachtten dan wel actie: *'In urgente situaties zegt het ziekenhuis: 'Procureur, u moet optreden, als ik dan vraag waarom en wat geeft u mij om te kunnen optreden?'. Dan is het antwoord: 'ah nee, dat valt onder mijn beroepsgeheim' (...) Artsen moeten weten welke informatie voor ons nuttig kan zijn, en vooral: 'mag ik dat delen?''* (PR2).

Er was een positieve ontwikkeling, maar gebrek aan wederzijdse kennis veroorzaakte frustraties en belemmerde effectieve geïntegreerde zorg. Participanten zetten vooral in op individuele samenwerking en vertrouwen, eerder dan op een structurele benadering. *'Maar structurele communicatie is er niet. (...) daardoor hebben mensen soms ook een verkeerd idee; van wat kan en wat niet, (...) Of wat haalbaar is, of wat niet haalbaar is.'* (VR3).

Gedwongen opname

Alle participanten zagen gedwongen opname terugkomen in complexe zorgtrajecten. Procureurs en vrederechters rapporteerden positieve ervaringen betreffende rechtstreekse communicatie met artsen en andere zorgverleners. Er bestonden echter aanzienlijke zorgen omtrent de kwaliteit van de omstandig geneeskundige verslagen: *'medische verslagen in de dringende procedure, (...) dat is bij momenten echt huilen met de pet op.'* (VR1). Deze verslagen

droegen in belangrijke mate bij aan de besluitvorming van zowel vrederechters als procureurs: *'ik kan tot betere beslissingen komen, hoe meer informatie ik heb.'* (VR2).

Deelnemers gaven aan dat personen met een complexe zorgbehoefte vaak wel in ernstige nood verkeerden, maar (net) niet aan het gevaarscriterium voldeden. Hierdoor was het soms wachten tot er alsnog een incident plaatsvond: *'(...) erg dat ik het moet zeggen. Maar gelukkig klopt hij dan eens iets kapot. Of valt hij eens iemand aan. En dan zit hij in het systeem.'* (VB2). Daar stond tegenover dat er voor deze doelgroep weinig vrijwillige alternatieven beschikbaar waren, of toegankelijk, en ontbrak het in de eerstelijnszorg niet zelden aan kennis ervan, wat kon leiden tot oneigenlijk gebruik van de gedwongen opname: *'Ik denk niet dat elke arts er weet van heeft, wie ze dan moeten contacteren, bijvoorbeeld een mobiel team.'* (PR1).

Idealiter was het een laatste redmiddel – *'vrijheidsberoving moet het laatste zijn'* (VR2) en maakte het deel uit – of vormde het een startpunt – van een langer behandeltraject. Zonder gecontinueerde zorg waren de uitkomsten minder gunstig en bestond het risico op herhaalde gedwongen opnames, al hoefde dit niet per definitie negatief te zijn. In bepaalde trajecten zagen participanten meerdere gedwongen opnames als noodzakelijk en zinvol: *'Ik heb u al drie keren dit jaar gezien, in het kader van een gedwongen opname. Ja, is dat altijd een probleem? Ik denk dat dat soms heel nodig is voor die mensen.'* (VR2).

Bewindvoering

Bewindvoering over de goederen werd beschouwd als een positieve maatregel met twee hoofddoelen: bescherming en begeleiding, zoals omschreven in de wet van 17 maart 2013 *'(...) een heel mooi concept om een psychiatrische patiënt een vorm van weerbaarheid te geven'* (VR1). Deze maatregel verminderde enerzijds stress bij de beschermde personen door administratieve ontlasting en creëerde financiële stabiliteit. Anderzijds kregen ze dikwijls conflicten met hun bewindvoerder door gebrekkig ziekte-inzicht, soms resulterend in agressie. Voor verschillende deelnemers was dit ook een reden om in complexe zorgsituaties de voorkeur te geven aan professionele bewindvoerders boven familieleden, die risico lopen in rolverwarring te belanden: *'ofwel is dat een [familiale] bewindvoerder die geen grenzen kan stellen, dan doet hij niet wat hij moet doen, ofwel is dat een bewindvoerder die wel grenzen stelt, maar die de hele tijd in conflict komt met zijn beschermde persoon (...) en op den duur alleen nog maar spreekt of ruzie maakt over geld.'* (VR2).

Bewind over de persoon is een ingrijpende maatregel waarbij beschermde personen toestemming van de bewindvoerder dienen te hebben om bijvoorbeeld te huwen of te verhuizen. Participanten gaven aan dat dit bij personen met een complexe zorgbehoefte in de praktijk moeilijk afdwingbaar was. *'Een bewindvoerder heeft geen politionele macht om een beschermde persoon fysiek te verplaatsen naar ergens.'* (VR3).

Tabel 2. kenmerken participanten

Participant	Beroep	Geslacht	Jaren in huidige functie	Werkomgeving
JA1	Justitieassistent	Vrouw	3 jaar	Grootstedelijk
JA2	Justitieassistent	Vrouw	6 jaar	Grootstedelijk
JA3	Justitieassistent	Man	7 jaar	Grootstedelijk
PO1	Politieagent	Man	25 jaar	Grootstedelijk
PO2	Politieagent	Vrouw	6 maanden	Grootstedelijk
PO3	Politieagent	Man	3 jaar	Grootstedelijk
BV1	Bewindvoerder	Vrouw	25 jaar	Randstedelijk
BV2	Bewindvoerder	Vrouw	20 jaar	Grootstedelijk
BV3	Bewindvoerder	Man	8 jaar	Randstedelijk
VR1	Vrederechter	Vrouw	4 jaar	Stedelijk
VR2	Vrederechter	Man	14 jaar	Randstedelijk
VR3	Vrederechter	Vrouw	20 jaar	Grootstedelijk
PR1	Procureur des Konings	Man	17 jaar	Grootstedelijk
PR2	Procureur des Konings	Man	22 jaar	Stedelijk
PR3	Procureur des Konings	Vrouw	22 jaar	Stedelijk

DISCUSSIE

Complexe psychiatrische zorgbehoeften

Opvallend parallel aan de visie van de ggz beschouwen actoren uit politie en justitie de interactie tussen moeilijkheden op verschillende levensdomeinen als complex.^{10,14,31} Ze zijn kritisch over het huidige zorgaanbod voor deze doelgroep: dubbel- of tripeldiagnose, dak- of thuisloosheid, gebrek aan ziekte-inzicht of intrinsieke motivatie, maar ook justitiële betrokkenheid op zich – factoren die eigen zijn aan complexe zorgbehoeften – worden volgens de participanten regelmatig als exclusiecriteria gehanteerd door de ggz.

Artikel 107 van de ziekenhuiswet introduceerde in 2010 de vermaatschappelijking van de Belgische ggz. Ziekenhuisbedden werden afgebouwd en zorg in de eigen leefomgeving werd het leidend principe.³² Volgens de participanten is doorgedreven ambulantisering echter niet wenselijk voor de doelgroep met complexe psychiatrische zorgbehoeften: zij zien juist een behoefte aan intensieve, langdurige en aanklappende zorg en een ruim aanbod aan begeleide woonvormen waar integrale zorg geboden wordt. Dit voedt de actuele discussie waarbij sommigen claimen dat geïntegreerde ambulante zorgverlening deze patiënten kan helpen, terwijl anderen aangeven dat, opnieuw, geïnvesteerd dient te worden in (langdurige) klinische faciliteiten.^{31, 33, 34}

Intersectorale samenwerking

Participanten uit de verschillende beroepsgroepen tonen zich zeer bereid een rol op te nemen in intersectorale samenwerking. Met name politieagenten en justitieassistenten en in mindere mate bewindvoerders benoemen het hulpverlenend aspect van hun functie, maar stuiten hierbij op het gebrek aan structurele samenwerkingsverbanden en het medisch beroepsgeheim.

Politie en justitie lijken meer te willen samenwerken met zorg dan omgekeerd. In het advies betreffende samenwerking geschreven door de Orde der artsen wordt expliciet gesproken over een andere doelstelling: ‘kwaliteitsvolle zorg verstrekken’ door artsen versus ‘veiligheid van de maatschappij waarborgen’ door politie en justitie.³⁵ De deelnemers in dit onderzoek benadrukken daarentegen juist een gemeenschappelijk doel: het helpen van het individu in kwestie. Intersectorale samenwerkingen hebben het potentieel om tot een gedeelde verantwoordelijkheid te komen, de continuïteit van zorg te verbeteren en tot kostenreductie te leiden, maar vragen een grote en voortdurende investering van mensen en middelen om te vermijden dat ‘samenwerkingsnota’s liggen stof te vergaren’.^{19,36,37}

Het beroepsgeheim lijkt geen absoluut gegeven te zijn, maar voornamelijk te leunen op interpersoonlijk vertrouwen. Verschillende participanten geven aan

hierdoor soms in een grijze zone te belanden. Ze vinden dit echter gerechtvaardigd in het belang van de cliënt, die volgens de participanten zelf nogal pragmatisch naar informatiedeling kijkt. Hier te ver in gaan, benoemen Thomson e.a. als één van de risico's van intersectoraal samenwerken.³⁶ Globaal is er meer onderzoek nodig naar het wettelijke kader rond gedeeld beroepsgeheim, in het bijzonder naar de visie van verschillende professionele actoren en zorggebruikers hierop.

Rechterlijke beschermingsmaatregelen

Algemeen wordt zowel gedwongen opname als bewindvoering (over goederen) door de participanten als een noodzakelijke en zinvolle maatregel beschouwd, met de beste uitkomsten wanneer deze opgenomen is in een ruimer behandelplan. De wettelijke kaders laten echter ruimte voor interpretatie, wat maakt dat er (grote) verschillen kunnen zijn in rechtspraak tussen vreedegerechten omtrent gedwongen opname (bijv. of verslaving als een geestesziekte beschouwd wordt), maar ook qua invulling van een bewind. Aan de ene kant kan dit zorg op maat faciliteren, aan de andere kant zorgt dit mogelijk voor ongelijkheid, onvoorspelbaarheid en (rechts)onzekerheid. Deze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek naar gedwongen opnames.^{19,38} Daarnaast is er een fundamenteeler probleem, namelijk dat er een spanningsveld blijft tussen de rechten van de patiënt op (keuze)vrijheid versus vormen van vrijheidsberoving.³⁹ Ook benoemen participanten een hiaat tussen vrijwillige en gedwongen zorg met gemiste kansen voor de ggz-sector om preventief en pretherapeutisch te werken. In eerder onderzoek vond men het gebrek aan alternatieve zorgvormen voor patiënten met complexere problemen een belangrijke drijfveer bij het opstarten van een gedwongen opname.⁴⁰ Verder onderzoek naar en ontwikkeling van toegankelijke en waar nodig aanklappende, intersectorale zorg lijken aangewezen.^{41,42}

Beperkingen

Participanten aan dit onderzoek zijn allen werkzaam in de provincie Antwerpen en de bevindingen in dit onderzoek zijn dan ook te relateren aan dit specifieke zorglandschap, dat met drie ggz-netwerken, vijf psychiatrische ziekenhuizen en tal van kleinere partners meer versnipperd is dan dat in andere regio's. Antwerpen heeft het hoogste aantal en een sterke stijging gedwongen opnames van Vlaanderen.²⁰ De versnippering in het landschap draagt hier mogelijk aan bij, door bijvoorbeeld oneigenlijk gebruik van de gedwongen opname om toch maar (snel) zorg opgestart te krijgen of het gebrek aan uniforme inschatting. Alle onderzoekers hebben ook praktijkervaring in de ggz en het werken met personen met een complexe zorgbehoefte. Eigen aan kwalitatief onderzoek heeft dit wellicht de dataverzameling en -analyse beïnvloed. Alle interviews werden door twee onderzoekers individueel gecodeerd en bevindingen werden getoetst bij de senior onderzoeker, om de betrouwbaarheid van de analyse te verhogen.

In het streven naar een evenwichtige steekproef werd een goede verdeling betreffende geslacht en jaren werkervaring bereikt. We verzamelden voldoende data om een antwoord te formuleren op onze onderzoeksvraag. Alle deelnemers zijn sleutelfiguren in de provincie Antwerpen, waardoor we een goede representativiteit voor de regio verkregen; het onderzoek is waarschijnlijk beperkt transfereerbaar naar andere regio's.

CONCLUSIE

Personen met een complexe psychiatrische zorgbehoefte komen vaak in contact met justitie en politie, zowel strafrechtelijk als in kader van rechterlijke beschermingsmaatregelen. Parallel aan de visie van de ggz beschouwen actoren uit deze sectoren de interactie tussen moeilijkheden op verschillende levensdomeinen als complex. Ze zijn kritisch over het huidige zorgaanbod voor deze doelgroep en zien een behoefte aan intensieve, langdurige en aanklappende zorg en een ruim aanbod aan begeleide woonvormen waar integrale zorg geboden wordt. Verder onderzoek naar en ontwikkeling van toegankelijke en waar nodig aanklappende, intersectorale zorg lijken aangewezen. De verschillende beroepsgroepen zijn zeer bereid tot (verdere) intersectorale samenwerking, maar een gebrek aan structurele samenwerkingsverbanden en het medisch beroepsgeheim zijn hierin belemmerende factoren. Gedwongen opname en bewindvoering worden als zinvolle maatregelen beschouwd, maar dienen deel uit te maken van een ruimer plan van aanpak.

LITERATUUR

- 1 Moreton R, Welford J, Collinson B, e.a. Improving access to mental health services for those experiencing multiple disadvantage. *Housing, Care and Support* 2022; 25: 138-52.
- 2 Chan B, Hulen E, Edwards S, e.a. 'It's like riding out the chaos': caring for socially complex patients in an ambulatory intensive care unit (A-ICU). *Ann Fam Med* 2019; 17: 495-501.
- 3 Hassan SM, Giebel C, Morasae EK, e.a. Social prescribing for people with mental health needs living in disadvantaged communities: the Life Rooms model. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 19.
- 4 Yedidia MJ. Competencies for engaging high-needs patients in primary care. *Healthc (Amst)* 2018; 6: 122-7.
- 5 Filia K, Menssink J, Gao CX, e.a. Social inclusion, intersectionality, and profiles of vulnerable groups of young people seeking mental health support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57: 245-54.
- 6 Loh LW. The importance of recognizing social vulnerability in patients during clinical practice. *J Health Care Poor Underserved* 2017; 28: 869-80.
- 7 Rens E, Dom G, Remmen R, e.a. Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. *Int J Equity Health* 2020; 19: 169.
- 8 Mulder CL, Ruud T, Bahler M, e.a. The availability and quality across Europe of outpatient care for difficult-to-engage patients with severe mental illness: a survey among experts. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60: 304-10.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.