

**Psychiatrisch zorg in de strafinrichting Merksplas: zorg voor wie niemand wil?**JOACHIM DE RIDDER<sup>a</sup><sup>a</sup> Zorgcoördinator, Zorgequipe, Strafinrichting Merksplas (Corresp.: joachim.deridder@just.fgov.be)**1. INLEIDING**

Wie de twijfelachtige eer te beurt valt de strafinrichting Merksplas te bezoeken, is doorgaans onder de indruk van de eeuwenoude infrastructuur. Of beter gezegd, onder de indruk van de toestand van verval waarin deze eeuwenoude infrastructuur zich bevindt. Een enkeling ziet er de poëzie van in, maar doorgaans worden bezoekers muisstil omwille van de omstandigheden waarin mensen opgesloten zitten. Terecht.

Toch is de strafinrichting Merksplas veel meer dan deze oude gebouwen. Wie geboeid is door forensische psychiatrie in Vlaanderen, wie interesse heeft in die mysterieuze band tussen psychiatrisch lijden en gevangenissen kan best ook eens vanuit het perspectief van deze inrichting het forensische landschap in Vlaanderen overschouwen.

We sturen onze blik over het forensische landschap aan de hand van enkele markante vaststellingen over de doelgroep van de zorgequipe in de strafinrichting Merksplas<sup>1</sup>. De vaststellingen zijn gebaseerd op een jarenlange (sinds 2013) registratie van kenmerken van deze doelgroep door de zorgequipe. De registratie is gebaseerd op de dossiergegevens en de klinische contacten die dit team legt.

In de komende alinea's bespreken we twee groepen waarmee de zorgequipe werkt: de restgroep geïnterneerden die er verblijven in Merksplas, de inzichten die ons dat oplevert, de nieuwe groep veroordeelden met psychiatrisch lijden en de inzichten die deze groep ons aanlevert.

**2. TWEE GROEPEN VAN PATIËNTEN***2.1. Gedetineerden met een interneringsstatuut*

In 2010 verbleven in de strafinrichting Merksplas 350 gedetineerden met een interneringsstatuut, op 15 maart 2019 huisvest ditzelfde instituut nog slechts 98 mensen met een interneringsstatuut.

Aangespoord door de vermanende vinger van Europa investeerde de overheid in de uitrol van een masterplan dat de opvang en behandeling van geïnterneerden menswaardiger en adequater organiseert (SEYNNAEVE, MOYENS & DHEEDENE, 2018). Gezien gevangenissen per definitie geen behandelsettings zijn, wil men het succesvol zijn van deze operatie afmeten aan

<sup>1</sup> De zorgequipe Merksplas is een psychiatrisch team in 2007 door de dienst Gezondheidszorg Gevangenissen geïnstalleerd. De initiële opdracht bestond uit het organiseren van psychiatrische hulpverlening voor geïnterneerden in detentie. In maart 2019 bestaat deze equipe uit 2 psychiaters, 2 psychologen, 19 verpleegkundigen, 4 opvoeders en 5 therapeuten.

het aantal geïnterneerden in detentie. Deze mathematische benadering wordt ondersteund door de realiteit in de strafinrichting Merksplas. De daling is markant en tot op heden erg solide. De vele speculaties bij aanvang van deze uitrol – zullen er nog geïnterneerden in detentie overblijven?, welke profielen zullen eventueel in detentie blijven? – kunnen stilaan getoetst worden (PERMENTIER, VANDER LAENEN, VANDERPLASSCHEN & VANDER BEKEN, 2016). Als behandelend team staan we dagelijks in contact met deze laatste geïnterneerden in detentie. Onze klinische indruk over de restgroep kristalliseert zich uit tot een viertal categorieën:

*Geïnterneerden die uit een hoger beveiligde behandelomgeving (vb. FPC, medium securityinstelling) terug in detentie genomen worden omwille van ernstige acting out of een ernstige verstoring van de behandeling.*

Deze erg kleine groep loopt niet in de kijker omwille van haar aantallen, wel omwille van de vele 'labels' die deze geïnterneerden omwille van hun gedrag verwerven: onbehandelbaar, gevaarlijk, complexe multiële problemen, onherstelbaar beschadigd...

Onze klinische ervaring met deze groep bevestigt dan weer een ander cliché. Deze labels zijn slechts momentopnamen. Hoewel een gevangenis zoals gesteld geen behandelsetting is, zien we niet zelden dat deze mensen weer in evenwicht geraken: de neiging tot acting out neemt af, de psychiatrische pathologie mildert en de motivatie om de draad weer op te pikken in de sterk beveiligde behandelsetting waar het fout liep (vb. FPC) ontwikkelt zich. Hoewel niet alle geïnterneerden uit deze categorie een dergelijk succesvol traject in detentie doorlopen, zijn het er ons inziens voldoende om ons af te vragen van waar dit effect komt.

Ons aanvoelen bevestigt de bekende hypothesen: minder behandeldruk, de beschikbaarheid van een psychiatrisch team ontdaan van zijn corrigerende, normerende aspecten omdat deze door andere actoren in detentie overgenomen worden (KRAAN, 2006).

Had men dit effect voor ogen toen de wederopsluiting bevolen werd? Veeleer lijkt dergelijke wederopsluiting een noodzakelijke noodconstructie om het behandelteam op hun posities te laten komen. Ondertussen voorziet het masterplan in alternatieve noodconstructies die een detentie zoveel mogelijk overbodig moeten maken in dergelijke situaties<sup>2</sup>. Nuttig lijkt alvast verder onderzoek te doen naar welke elementen tot de stabilisatie geleid hebben en of deze in de *time out* modules zoals voorzien in het masterplan ook terug te vinden zijn.

Een moeilijker thema is dan weer de eigen noden van een behandelteam wiens integriteit ernstig geschonden werd door deze patiënten. Forensische patiënten balanceren steeds tussen patiënt en dader. Binnen ons eigen behandelteam merken we dat het een erg menselijke reactie is om patiënten niet langer als patiënt te beschouwen maar louter als dader wanneer de impact van diens gedrag intrusief geworden is. Daders horen in een gevangenis thuis terwijl patiënten in een behandelsetting opgevangen moeten worden, dicteert het buikgevoel. Ook een sterk team behandelaars is niet ongevoelig voor een dergelijk buikgevoel.

<sup>2</sup> In het forensische circuit bestaan *time out* bedden en het concept Zeer Intensieve Zorg (ZIZ) binnen het FPC. *Time out* bedden zijn bedden in een *medium securitysetting* die als bedoeling hebben de behandeling tijdelijk te onderbreken wanneer deze vastgelopen is. Deze zijn er in principe niet voor geïnterneerden die via een voorlopige aanhouding terug opgesloten kunnen worden omdat ze een gevaar vormen voor de psychische en fysieke integriteit. Binnen het FPC voorziet men via de ZIZ afdelingen in bedden die hoog intensieve zorg bieden aan patiënten met sterk onregeld gedrag.

*Een tweede groep geïnterneerden verblijft al een tijdje, met vallen en opstaan, binnen het forensische behandelcircuit maar belandt bij een van hun struikelingen opnieuw in detentie.*

Een geïnterneerde doorloopt zijn behandeltraject zelden lineair. Het klassieke rooster *high/low security* versus *high/low care* verleidt ons om te denken dat een geïnterneerde na een correcte inschaling zijn weg richting maatschappij stapje per stapje doorloopt volgens een dalende curve van beveiliging en ondersteuning. Maar patiënten doorlopen het circuit eerder kriskras dan netjes volgens de logica van de hulpverlener. De overheid voorzag niet louter in een uitbreiding van de behandelcapaciteit voor geïnterneerden (door een toename van het aantal bedden), maar investeerde ook in diensten die als olie de raderwerkjes moeten laten draaien<sup>3</sup>. Het oriënteren van patiënten in het circuit op basis van hun momentane noden aan beveiliging en behandeling moet voorkomen dat patiënten nodeloos in detentie genomen worden.

Op dit vlak leert onze klinische ervaring dat er op het eerste zicht geen lijn te trekken is in welke hapering binnen het circuit resulteert in een detentie en welk niet. Een zekere toevaligheid lijkt hier aan de orde.

De eerst besproken categorie geïnterneerden reageren doorgaans gunstig op de zorginterventies binnen detentie wat kan resulteren in een vernieuwd evenwicht bij de patiënt. Bij de tweede categorie patiënten is een snelle heroriëntatie of verdere doorstart naar een gepland behandeltraject nodig. Deze patiënten ervaren de detentie als een eerder vervelende (onnodige in hun beleving) en tijdelijke tussenstop om een andere richting binnen het circuit in te slaan.

Wat kan hier de rol of meerwaarde zijn van een detentie? Als behandelteam merken we vooral een shockeffect bij deze patiënten. Het contrast tussen het intrusieve van een vrijheidsberoving en datgene wat er fout liep, is in de ervaring van deze groep patiënten groot (geen ernstige *acting out* maar wel ernstige overtredingen zoals dealen op de afdeling, zich onttrekken aan de behandeling...). Een detentie spoort hen niet zelden aan om via de Kamer ter Bescherming van de Maatschappij (KBM) hun geplande behandeltraject een andere richting uit te sturen. Dus ook voor de geïnterneerde uit deze tweede groep lijkt de gevangenis een plek om snel te heroriënteren en het eens helemaal opnieuw te proberen. Of dit vanuit behandelperspectief het meest gunstige is, is niet duidelijk.

*Een derde restgroep zijn de mensen die hun eerste detentie als geïnterneerde ondergaan.*

Ondanks alle initiatieven en de vele bedden komt niet elke nieuw geïnterneerde patiënt patiënten meteen in een behandelsetting terecht. Het roept de vraag op welke plek de indicatiestelling dient te gebeuren; en of deze reeds grondig genoeg in de expertise vervat zit. Kan een gevangenis een plek zijn waar gevaarlijkheid en behandelmogelijkheden uitgebreid in kaart gebracht worden zodat de gepaste behandeling aangevat wordt? In praktijk gebeurt dit voor deze derde groep in Merksplas wel doordat de equipe van de Psychosociale Dienst (PSD)<sup>4</sup>. De PSD buigt zich vanuit haar adviserende rol over deze patiënten vooraleer ze de

3 De overheid voorzag in een schakelteam dat zich toelagde op het deblokken van vastgelopen zorgtrajecten. Daarnaast werden per hof van beroep initiatieven genomen om lacunes in het behandelcircuit te dichten. Recent werden het merendeel van deze initiatieven gebundeld in een forensisch mobiel team. Zie ook [www.schakelteam.be](http://www.schakelteam.be).

4 De PSD is een equipe van psychologen, maatschappelijk werkers en een psychiater die de KBM /SURB adviseert rond de re-integratie in de maatschappij van gedetineerden.

KBM adviseren. De praktijk noopt ons evenwel tot kritische vragen: een goede inschatting vergt tijd, maar een opsluiting buiten een behandeling<sup>setting</sup> brengt vaak schade teweeg. Dit spanningsveld is bij deze categorie aanwezig. Een opsluiting in een gevangenis gaat steeds gepaard met stress en frustraties: in welke mate beïnvloeden deze emoties het beeld op forensisch en psychiatrisch vlak?

*Een laatste opnieuw erg kleine groep geïnterneerden delen als kenmerk noch hun voortraject noch hun profiel, wel hun verblijfsstatus.*

Geïnterneerden zonder recht op verblijf vormen een uitdaging. Een forensische behandeling is gericht op een maximaal haalbare integratie in de maatschappij en dit op een veilige manier. Delictgevaarlijkheid maakt deel uit van de behandeling net omdat dit de participatie aan het maatschappelijk leven in de weg staat. Bij deze categorie staat het ontberen van een verblijfsstatuut een terugkeer naar de maatschappij in de weg. Dat doet behandelaars twijfelen. Geïnterneerden komen zo letterlijk vast te zitten via een maatregel van onbepaalde duur binnen de gevangensmuren.

Samenvattend stellen we dat de huidige groep geïnterneerden in Merkplas alle aandacht verdient. Dit is van belang, zowel vanuit humaan standpunt: deze patiënten hebben evenveel recht op behandeling als hun collega's in het behandelcircuit. Maar ook vanuit organisatorisch standpunt is dit belangrijk: deze patiëntengroep kan ons leren welke gerichte investeringen er nodig zijn binnen het behandelcircuit. Tot op heden werd er geïnvesteerd op basis van het profiel van de restgroep in detentie. Het profiel werd evenwel statisch opgesteld (op basis van behandelnoten en beveiligingsnoten).<sup>5</sup> Deze manier van werken bereikt stilaan haar limiet. In een volgende fase lijkt een analyse van dynamische factoren noodzakelijk: welke contextvariabelen waren mee verantwoordelijk voor een terugplaatsing in detentie (de mate van motivatie, de mate van steun door het netwerk, de subjectieve inschatting door de patiënt van de behandelomgeving, vertrouwen...).

## 2.2. Veroordeelden met psychiatrische kwetsbaarheid

Heden staat de zorgelijke van de strafinrichting Merksplas in voor 98 geïnterneerden en 100 veroordeelden met psychiatrische kwetsbaarheid.

De administratie van het gevangeniswezen koos ervoor om de opgebouwde knowhow in afdelingen Sociaal Verweer te Merkplas rond de zorgzame detentie, te bestendigen. Een detentie zorgzaam maken vraagt meer dan gewoon een zorgelijke voorzien. Het vergt op alle vlakken en bij alle diensten gerichte investeringen. Dit komt dan ook tot uiting op diverse vlakken: penitentiaire beambten maken zich een specifieke bejegeningstijl eigen, werkhuizen voorzien specifieke aandacht, diensten van de Vlaamse Gemeenschap passen hun aanbod aan, de rekendienst is op de hoogte van specifieke gevoeligheden, het sanctieneringsbeleid wordt afgestemd op *time out* beleid zorgelijke etc... Het resultaat van deze keuze is dat er in de strafinrichting Merksplas ondertussen een unieke groep gedetineerden verblijft waarvan duidelijk is dat ze psychiatrisch kwetsbaar zijn maar niet geïnterneerd zijn.

<sup>5</sup> De investeringen in het forensische zorgcircuit werden begeleid door de coördinatoren internering die vanuit volksgezondheid en vanuit Justitie aangesteld werden. Ze baseerden zich op regelmatige analyses van de restgroep in de Vlaamse gevangissen.

Uniek is niet het feit dat ze er zijn. Ze zijn er altijd geweest, verspreid over alle Vlaamse gevangenissen. Maar het creëren van een zorgaanbod voor deze mensen zorgt voor een gerichtere detectie van deze mensen (SOYEZ et al., 2010). Uniek is het feit dat deze mensen voor het eerst in een Vlaamse gevangenis in zo grote getallen verzameld zijn wat ons inzichten oplevert over deze subgroep in detentie.

Ik som hieronder puntsgewijs de voornaamste bevindingen die de zorgequipe in Merksplas maakte:

- Het klinisch profiel van gedetineerden met een psychiatrische kwetsbaarheid verschilt nauwelijks van de mensen die geïnterneerd zijn. Sommigen koppelen deze vaststelling aan de kwaliteit van de gerechtelijke expertises. Anderzijds kan je het klinische beeld waarmee een hulpverlener aan de slag gaat niet gelijk stellen met de vraagstelling die een gerechtsexpert rond toerekeningsvatbaarheid dient te beantwoorden. Een gerechtelijke uitspraak over de mate waarin een delict aan de rationele controle van de dader ontsnapt heeft zijn maatschappelijk belang, los van de behandeling die een psychisch ziek persoon verdient. Maar in de praktijk zijn er wel vergaande gevolgen. Dat brengt ons bij het volgende punt.
- Als behandelaars stellen we binnen de geselecteerde groep veroordeelden met psychiatrische kwetsbaarheid in Merksplas een tendens vast. Verschillende veroordeelden bereiken strafeinde zonder dat een goede opvang gevonden is en dit terwijl de veroordeelde zelf zoekende is naar gepaste opvang. Het goed georganiseerde circuit forensische hulpverlening voor geïnterneerden is voor hen uitgesloten. De reguliere hulpverlening is net door de creatie van een uitgebouwd forensisch circuit nog weinig vertrouwd met psychiatrische patiënten uit detentie. Het niet geïnterneerd zijn heeft dus een pervers effect: toegang tot gepast behandeling is moeilijker.
- Veroordeelden met het geschetste profiel staan aanvankelijk vaak weigerachtig tegenover een zorgend klimaat via het zorgteam. De voornaamste reden is de angst voor de internering. De onbepaalde duur van deze maatregel zal daarbij zeker een rol spelen. Maar veel meer horen we de angst voor het stigma. Onthutsend is vast te stellen dat veroordeelden bang zijn geïnterneerd te worden omdat ze dan ook psychiatrische patiënt worden. Het stigma van de crimineel verkiezen ze ver boven het stigma van de psychiatrische patiënt. De vele campagnes op dat vlak ten spijt is dit een confronterende vaststelling.
- Mensen in detentie stellen soms vervelend tot gevaarlijk gedrag. Ons team ontwikkelde ondertussen goede praktijkervaring in het inschatten of dit gevaarlijk gedrag kan samenhangen met onderliggend psychiatrisch lijden. Maar dit blijft steeds opnieuw een delicate oefening. De overgang van een hevige gedragsreactie op de detentie naar een psychiatrisch beeld is soms subtiel. Wanneer wordt achterdocht een te behandelen lijden en tot waar blijft achterdocht een overlevingsreflex in een moeilijke detentieperiode? De detentie daagt forensische behandelaars uit om terug te keren naar de hupvraag van de patiënt. Maar gedragsproblemen nopen ons soms voorbij deze vraag te kijken, en het moeilijke onderscheid te maken tussen onvermogen en onwil, dat verborgen zit in onbegrepen detentiegedrag.

### 3. CONCLUSIE

De strafinrichting Merksplas herbergt een kleine 200 gedetineerden met psychiatrische problemen. De ene is geïnterneerd, de andere is veroordeeld; maar klinisch zijn ze nauwelijks te onderscheiden. De zorg die we deze mensen aanbieden verschilt dan ook niet. De focus ligt op herstellen van het evenwicht binnen detentie door een mix van ingrepen in het leefklimaat en gerichte therapeutische interventies rond hun psychopathologische symptomen

(DICKENS, SUGARMAN & PICCHIONI, 2015). Via boven gaande beschrijving betoogden we vooral dat aandacht voor deze doelgroep nodig is. Een goede analyse van deze groep vertelt ons iets over hoe we psychiatrische hulpverlening binnen het forensische circuit verder kunnen uitbouwen, over waar de reguliere psychiatrische hulpverlening een rol kan opnemen in de terugkeer van veroordeelde, maar psychisch kwetsbare, medeburgers in de maatschappij en over hoe psychiatrische hulpverlening binnen detentie vorm kan krijgen.

## REFERENTIES

- DICKENS, G., SUGARMAN, P., & PICCHIONI, M. (Eds.) (2015). *Handbook of secure care*. Londen: RC-Psych Publications.
- KRAAN, H.H. (2006). De ongebroken macht van de psychiatrie door de ogen van Michel Foucault. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48(11), 881-888.
- PERMENTIER, A., VANDER LAENEN, F., VANDERPLASSCHEN, W., & VANDER BEKEN, T. (2016). Licht aan het einde van de interneringstunnel voor iedereen? Een stand van zaken en vooruitblik in de aanpak van “onbehandelbare” geïnterneerden. *Fatik*, 33(152), 5-12.
- SEYNNAEVE, K., MOYENS, M., & DHEEDENE, J. (2018). Internering in een veranderend zorglandschap: wat zijn de vaststellingen na één jaar nieuwe wet op de internering? *Panopticon*, 39(3), 241-250.
- SOYEZ, V., DE WILDE, J., VANDEVELDE, S., VANDER BEKEN, T., TODTS, S., & BROEKAERT, E. (2010). Screening en assessment van psychiatrische stoornissen in Belgische gevangenen. *Verslaving*, 6(1), 41-57.