

Gedwongen opnames of internering: Wie? Waarom? Waarvoor?¹

LUCIE DE SMET^a,
LOUIS DE PAGE^b

^a Psychiater, Centre Hospitalier Jean Titeca Brussel

^b Psycholoog en onderzoeker, Centre Hospitalier Jean Titeca Brussel (corresp.: louis.de.page@gmail.com)

1. PROBLEEMSTELLING

In België bestaan twee vormen van psychiatrische zorg in een context van dwang. De eerste vorm betreft de gedwongen opname (GO). Deze is bedoeld als een preventieve maatregel waarbij iemand die een gevaar voor zichzelf en/of voor anderen betekent, en die zorg weigert, gedwongen wordt tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De tweede vorm betreft de internering. Deze maatregel wordt opgelegd aan individuen die een delict of misdaad hebben gepleegd vanuit hun geestesstoornis. Volgens de geest van de wet is de gedwongen opname een preventieve maatregel, terwijl de internering wordt opgelegd nadat een delict of misdaad gepleegd wordt. Hier wordt mogelijks geïmpliceerd dat patiënten die gedwongen opgenomen zijn minder ernstig ziek en/of gevaarlijk zijn.

Juridisch zijn beide maatregelen duidelijk verschillend. Daarom zijn ook gescheiden zorgtrajecten uitgebouwd met beter beveiligde instellingen voor geïnterneerden, waartoe GO patiënten geen toegang hebben. Maar is dit klinisch zinvol? De klinische ervaring biedt minder duidelijkheid hieromtrent. Qua prevalentie merkt men dat een aantal pathologieën weliswaar quasi exclusief in de interneringswereld terug te vinden zijn: seksuele problematieken, ernstige antisociale persoonlijkheden, etc. (DE PAGE et al., Submitted). Psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen komen vaak voor in beide doelgroepen, middelgemiddeld is een frequente comorbiditeit. In de praktijk ondervinden we een bijkomend probleem, met name, dat als een patiënt één van beide maatregelen opgelegd krijgt, het quasi onmogelijk is om van dwangstelsel te veranderen.

België is redelijk uniek in zijn aanpak van forensische patiënten daar éénzelfde feit tot twee verschillende juridische responsen kan leiden. Bijvoorbeeld, iemand die psychotisch gedecompenseerd over de straat loopt, en mensen aanvalt, kan naargelang de beslissing van de procureur, georiënteerd worden naar een GO, of naar een internering voor bedreiging. Het verschil is groot daar een GO na een paar weken kan eindigen, terwijl een internering gemiddeld 7 à 8 jaar duurt.

In deze studie bestuderen we de *triage*, een Engelse term voor het proces van oriëntatie van forensische patiënten, naargelang hun pathologie en zorgbehoeften. In België worden de eerste stappen van de *triage* door politie en procureur des Koning gezet. Het is pas later dat psychiatrische experts tussenkomen.

2. METHODE

We vergeleken 61 *medium-risk* geïnterneerden met psychose (al dan niet met comorbiditeit) met 53 GO patiënten van een dienst voor sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten (SGA patiënten). Deze GO patiënten zijn dus geen doorsnee patiënten, maar patiënten met een hoog risico op geweld. Met deze vergelijking willen we nagaan of er klinische of criminologische redenen zijn om deze forensische patiënten afzonderlijk te behandelen. Beide

¹ Dit artikel is een samenvatting van een Franstalige studie (DE SMET, DE PAGE, & TITECA, 2018).

steekproeven zijn exclusief mannelijk en zijn afkomstig van een forensisch ziekenhuis in Brussel. We keken naar symptomatologie, risicotaxatie (a.d.h.v. De Start (WEBSTER, MARTIN, BRINK, NICHOLLS, & DESMARAIS, 2004)), zorgbehoeften (a.d.h.v. CANFOR-S schaal (THOMAS et al., 2003)) en *triage* aspecten (a.d.h.v. DUNDRUM schaal (KENNEDY, O'NEILL, FLYNN, GILL, & DAVOREN, 2010)).

3. RESULTATEN

Qua leeftijd en diagnose merkt men geen significant verschil (33.77-38.06). Paranoïde schizofrenie is de meest voorkomende diagnose (55%-75%). Er werden meer antisociale persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik gediagnosticeerd bij GO patiënten dan bij geïnterneerden. De gemiddelde DSM-IV *Global Assessment of Functioning* score, een schaal van 1 tot 100 die de algemene aanpassing meet, ligt lager bij GO patiënten (18.49 (SD=5.33) vs. 34.62 (SD=12.24)).

Qua symptomatologie vond men significant hogere scores op de PANSS (meting van psychotisch symptomatologie) bij GO patiënten. Voor alle sub-schalen, behalve voor negatieve symptomen, scoorden GO patiënten in een SGA-afdeling hoger dan geïnterneerden. Men ziet dus actievere en risicovollere vormen van psychoses bij deze specifieke GO patiënten. Naar risicotaxatie vond men gelijkaardige risico's en risicograden in beide steekproeven a.d.h.v. de START. Wel vond men meer risicofactoren en antecedenten bij GO patiënten. Tot slot vond men geen verschil tussen beide groepen in het gemiddeld aantal (forensische) zorgbehoeften a.d.h.v. de CANFOR-S. Wel vond men kwalitatieve verschillen, zo lijken een aantal behoeften bij geïnterneerden te ontstaan door het desocialiserend effect van de gevangenis.

Deze resultaten tonen aan dat GO patiënten niet per se een doelgroep is die makkelijker te behandelen is dan geïnterneerden. En dus kunnen we deze specifieke groep van GO patiënten niet gelijk stellen met een lager veiligheidsniveau dan de geïnterneerden. A.d.h.v. de DUNDRUM onderzochten we de determinanten van de *triage* tussen beide maatregelen. De DUNDRUM is bedoeld als ondersteuning voor het oriënteren van patiënten naar verschillende veiligheidsniveaus. Zo lijken geïnterneerden ernstigere feiten te plegen dan GO patiënten. Al lijkt dit logisch, toch moet men niet uit het oog verliezen dat bij psychose de ernst van de feiten niet in verband staat met de ernst van de stoornis of de gevaarlijkheid van het individu (DE PAGE, MERCENIER, & TITECA, 2018). Patiënten die dus minder ernstige feiten plegen worden meer naar de GO georiënteerd, maar zijn daarom niet minder gevaarlijk of minder ziek. Andersom vertonen GO patiënten op een SGA-afdeling meer verstorend en gevaarlijk gedrag tijdens opnames. Omdat GO patiënten geen toegang hebben tot *high-risk* instellingen, betekent dit dat sommige patiënten, ondanks hun gevaarlijkheid, in een instelling met een te laag beveiligingsniveau moeten verblijven. Dit brengt potentieel zowel andere patiënten als behandelteams in gevaar. Beide populaties hadden gelijkaardige scores voor andere determinanten: behoefte aan gespecialiseerde zorg, complexe behoeften in relatie tot geweld, behoefte aan controle en supervisie, etc.

4. CONCLUSIE

Een aanzienlijk deel van GO patiënten op een SGA-afdeling en geïnterneerden zijn gelijkaardig qua pathologie en risicotaxatie. Dit zou mogelijks te wijten zijn aan een *triage* die veelal gebaseerd is op juridische aspecten en niet op diachronische psychopathologische en/of criminologische gronden.

REFERENTIES

- DE PAGE, L., BOULANGER, M., DE VILLERS, B., DUGAUQUIER, A., SALOPPÉ, X., & THIRY, B. (Ingediend). *Perspectives on triage of mentally disordered offenders in Belgium*.
- DE PAGE, L., MERCENIER, S., & TITECA, P. (2018). La gravité des faits comme condition à l'internement. *Annales Médico-Psychologiques*. Geraadpleegd op 18 juni 2018, via <http://www.em-consulte.com/en/article/1207002>.
- DE SMET, L., DE PAGE, L., & TITECA, P. (2018). Protection de la Personne des Malades Mentaux ou Internement: Qui, Quoi et Pourquoi? *Acta Psychiatrica Belgica*.
- KENNEDY, H., O'NEILL, C., FLYNN, G., GILL, P., & DAVOREN, M. (2010). The dundrum toolkit. Dangerousness, understanding, recovery and urgency manual (The dundrum quartet) V1. 0.21 (18/03/10). *Four structured professional judgment instruments for admission triage, urgency, treatment completion and recovery assessments*.
- THOMAS, S., HARTY, M., PARROTT, J., THORNICROFT, G., MCCRONE, P., & SLADE, M. (2003). *CANFOR: Camberwell Assessment of Need Forensic Version : a Needs Assessment for Forensic Mental Health Service Users*.
- WEBSTER, C. D., MARTIN, M., BRINK, J., NICHOLLS, T. L., & DESMARAIS, S. L. (2004). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): An evaluation and planning guide*. Hamilton, St. Joseph's Healthcare Hamilton.