

### HULP VERLENEN OF OPSLUITEN: RETHORISCHE VRAAG OF PRANGEND ALTERNATIEF?

#### 1. De actualiteit: lente 1992

We tellen in de Belgische gevangenissen in mei 1992 gemiddeld 6.600 bewoners voor 5.700 plaatsen. Deze overbevolking wekt ongenoegen bij het gevangenis personeel in zoverre dat de bewaarders een stakingsactie ondernemen. De problemen zijn zeker niet nieuw en beslist meer structureel dan conjunctureel van aard. De gevangenisadministratie voelt zich onmachtig om de bestaande situatie te beheersen. Daarbij komt dat zij geen enkele controle heeft over de instroom in de gevangenissen omdat deze bepaald wordt door criteria en procedures waar zij geen vat op heeft. Daarbij speelt de vraag of er voldoende capaciteit voorhanden is geen enkele rol. Ook haar controle over de duur van het gevangenisverblijf en o.m. het tijdstip van het ontslag van de gedetineerde is bepaald gering te noemen.

Wie aan de geschetste situatie wil verhelpen, staat in feite voor een eenvoudige keuze, namelijk ervoor zorgen dat minder personen in het penitentiaire circuit terechtkomen enerzijds en ervoor zorgen dat uit hetzelfde circuit gehaald wordt wie er stricto sensu niet in thuishoort anderzijds. De eerste van deze oplossingen heeft de wetgever ertoe aangezet om alternatieven in te voeren om de toepassing van de voorlopige hechtenis te beperken (VAN DEN WIJNGAERT, 1991). Vraag blijft natuurlijk of deze alternatieve maatregelen nu echt in de plaats zijn gekomen van de vrijheidsberoving of eerder aanvullende maatregelen zijn geworden. Er wordt alleszins reeds gewezen op het gevaar van 'net-widening' wanneer het alternatief zou toegepast worden op personen die voorheen niet naar de gevangenis werden verwezen (SNACKEN, 1992).

Dit editoriaal verplaatst de focus naar de tweede oplossing en vertrekt van de stelling dat personen die overwegend in aanmerking komen voor hulpverlening en behandeling uit de gevangenis moeten en ook kunnen geweerd worden. Dit uitgangspunt heeft o.i. twee niet te miskennen voordelen: het probleem van de overbevolking van de gevangenissen wordt er meteen door verholpen en de betrokken personen kunnen eindelijk hun recht op behandeling laten gelden.

Meerdere signalen wijzen er op dat deze basisstelling niet langer utopisch is, maar weleens realiteit zou kunnen worden. Enkele voorbeelden.

De v.z.w. 'Thuislozenzorg Vlaanderen' organiseerde op 5 oktober 1990 een 'Studiedag Internering'. Tot mijn verbazing werd tijdens de besprekingen de hogervermelde basisstelling gunstig onthaald door een panel bestaande uit vertegenwoordigers van de politieke wereld, van private psychiatrische centra en van de administratie van de geestelijke gezondheidszorg (Vlaamse Gemeenschap et al.). Alhoewel iedereen wel zijn bedenkingen had over de praktische realisatie ervan, kon men toch akkoord gaan met het uitgangspunt.

De Koning Boudewijnstichting richtte op haar beurt in oktober 1991 een seminarie in onder de titel 'Gevangenis en Samenleving' (MEYVIS en MARTIN, 1991)

en in mei 1992 bracht zij vertegenwoordigers van de penitentiaire administratie en vier universiteiten bijeen rond de tafel om hieromtrent een concreet initiatief te velde uit te werken.

Ook in 1992 verscheen het merkwaardige boek van J. GOETHALS over *Abnormaal en delinkwent* dat als ondertitel meekreeg 'De geschiedenis en het actueel functioneren van de wet tot bescherming van de maatschappij'.

En ten slotte werden op de Ministerraad van 8 mei 1992 nieuwe mogelijkheden onderzocht om iets te doen aan het probleem van de delinquentie: 'Aangezien de traditionele gevangenisstraffen niet langer volstaan ... stelt de Minister van Justitie een aantal denkpluizen voor en met name (o.a.) dat ... passende ont-haalstructuren moeten worden opgericht om drugverslaafden te behandelen'.

Hierna zullen we achtereenvolgens drie bijzondere probleemgroepen bespreken en oplossingsgerichte suggesties formuleren.

## 2. De geïnterneerden

Jaarlijks worden er in België ongeveer 300 personen geïnterneerd en er verblijven zowat 650 geïnterneerden in onze gevangenissen. Op basis van de Wet tot Bescherming van de Maatschappij van 1964 worden zij psychiatrisch ziek verklaard, zodat zij dus een medische en psychosociale behandeling behoeven. Er dient echter vastgesteld te worden dat, alhoewel het juridische luik wel degelijk dagelijks wordt toegepast, het medische en behandelingsluik grotendeels dode letter zijn gebleven.

Er loopt beslist heel wat verkeerd m.b.t. de praktische uitvoering van de Wet maar, vanuit een psychiatrisch standpunt, zijn de ontoereikende en ondermaatse psychiatrische behandelingsmogelijkheden in het penitentiaire milieu ontegensprekelijk de zwakste schakel in het geheel. Het betreft hier letterlijk een medisch schandaal en een vanuit deontologisch oogpunt onaanvaardbare situatie. Er weze aan herinnerd dat artikel 34 van de 'Code van geneeskundige plichtenleer' stelt: 'Wanneer de geneesheer de behandeling van een patiënt aanvaardt, moet hij hem zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toedienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis'. Welnu, dit gebeurt beslist niet t.a.v. geïnterneerden. Hun 'behandeling' bereikt alleszins niet de standaard van goed psychiatrisch handelen in België. Globaal genomen is zij ronduit slecht en ligt ze op een medisch onaanvaardbaar laag peil.

Deze scherpe kritiek is niet gericht op de werkers in de penitentiaire psychiatrische afdelingen. De bewakers die gekozen hebben voor de zorg voor geïnterneerden zijn zeer toegewijd en verdienen dan ook bewondering en erkenning voor hun inzet. Zij staan borg voor het humane aspect waarbij zij een subtiel evenwicht nastreven tussen de bewaking en het therapeutisch omgaan met een doorgaans moeilijke populatie onder de gedetineerden.

Niemand schijnt zich te storen aan deze lamentabele toestand. De overheid verroert geen vin en als er al voorstellen geformuleerd worden hebben deze niet noodzakelijk betrekking op een betere behandeling. Drukkingsgroepen sturen aan op een betere rechtspositie voor de geïnterneerde, waarbij vergeten wordt dat dit slechts boter aan de galg is als niet prioritair gezorgd wordt voor een betere behandeling.

In dit behandelingsvacuüm hoort men meer en meer stemmen die opkomen voor de afschaffing van de wet. Als er dan toch niet ernstig behandeld wordt, kunnen we de Wet beter afschaffen en iedereen voor de gewone rechtbanken laten verschijnen, redeneren zij. Daardoor zou men terugkeren naar de toestand zoals die bestond vóór de Wet van 1964 en de toepassing van artikel 71 Strafwetboek. Dit voorstel is demagogisch, negeert de realiteit van de psychiatrische stoornis en lost geen enkel probleem op, tenzij op papier.

Om al deze redenen werden reeds op de studiedag van 5 oktober 1990 volgende voorstellen geformuleerd:

- afschaffing van de door de Wet voorziene 'inobservatiestelling'. Dit voorstel is geenszins gedurfd omdat er in de penitentiaire instellingen toch geen observatiemogelijkheden bestaan. Men zou slechts afschaffen wat toch niet kan of alleszins niet bestaat;
- verbetering van het peil van de deskundigenonderzoeken;
- oprichting van het 'Oriëntatiecentrum', een instelling die voorzien werd door de Wet maar nooit werd gerealiseerd. Bedoeling was dit centrum in te bouwen in het nieuw gevangeniscomplex in de Berkendaelstraat te Brussel. Men heeft het plan echter reeds afgevoerd en andere prioriteiten gelegd;
- globale overheveling van de verantwoordelijkheid inzake de medische zorg voor de geïnterneerden naar het Ministerie van Volksgezondheid en gelijkschikking van de normen t.a.v. geïnterneerden met deze die gelden voor de rest van de bevolking.

### 3. Specifieke categorieën van veroordeelden

Buiten de hierboven besproken groep van de geïnterneerden vindt men in de gevangenisbevolking personen terug die bijzondere problemen stellen op psychopathologisch vlak en die daarom een gedifferentieerde aanpak rechtvaardigen. Wij denken daarbij meer speciaal aan drugverslaafde delinquenten, aan druggebruikers en aan seksuele geweldplegers. Het betreft hier zeker geen homogene groepen maar de betrokkenen cumuleren vaak de reeds vermelde psychiatrische stoornis met problemen op fysiek en sociaal vlak. Dit verantwoordt meteen een meer geïndividualiseerde bejegening of behandeling van deze gedetineerden.

Het percentage gedetineerden wegens drugdelicten neemt progressief maar gestaadig toe in de gevangnissen: van 1.21% in 1970, 9.66% in 1985 tot 22.74% in 1990. Volgens de penitentiaire administratie hebben bijna 40% van de gedetineerden te kampen met toxicomane gedragingen. Zij moet dus sowieso een beleid uitstippelen in functie van een adequate bejegening van de problematiek van deze drugverslaafden. Wij denken hierbij o.m. aan:

- al dan niet verplichte ontwenning bij opname in de gevangenis. In België geldt op dit ogenblik de regel van de verplichte ontwenning;
- ontwenning met of zonder substitutiemiddelen (Methadon);
- oprichting van 'drugvrije' gevangenseenheden of -vleugels;
- voortgezette opleiding van het personeel dat in contact komt met deze moeilijke groepen;
- contacten met gespecialiseerde voorzieningen in functie van de post-penitentiaire behandeling van deze gedetineerden.

Wij gaan er zeker mee akkoord dat al deze maatregelen zo adequaat mogelijk moeten uitgewerkt worden binnen de muren van de gevangenis maar willen er op wijzen dat daarbij de kern van het probleem niet uit het oog mag verloren worden. Het is namelijk onaanvaardbaar dat personen met drugproblemen worden opgesloten in een gevangenis omdat er een manifest gebrek is aan gespecialiseerde crisisopvangmogelijkheden voor hen. De bestaande ambulante en residentiële centra zullen dan echter een dubbele evolutie moeten doormaken: enerzijds zullen zij meer vertrouwd moeten geraken met de behandeling van delinquenten – wat op dit ogenblik al te vaak een criterium voor afwijzing is – en anderzijds zullen zij het probleem moeten erkennen van de behandeling van niet-gemotiveerde patiënten en er meteen nieuwe strategieën voor ontwikkelen. Waardoor dan wel meteen de problematiek van de ‘dwangbehandeling’ in alle scherpheid wordt gesteld.

Een tweede belangrijke groep zijn de geweldplegers. Het is opmerkelijk dat er zowel in de professionele middens van psychiaters en psychotherapeuten als bij de publieke opinie een toenemende belangstelling groeit voor slachtoffers van geweldplegingen in het algemeen en van geweldplegingen in de seksuele sfeer (incest, verkrachting e.d.m.) in het bijzonder. De overheid heeft trouwens initiatieven genomen voor een verbetering van de politionele, medische en juridische opvang van slachtoffers van seksueel geweld (Set Seksuele Agressie, 1990). In de literatuur wordt echter, naast de aandacht voor slachtofferhulp in dit verband, ook meer en meer het accent gelegd op de noodzaak aan daderhulp. Wij hebben deze problematiek reeds vroeger besproken (COSYNS, 1985) maar we dienen vast te stellen dat de diensten die zich specialiseren in deze patiëntengroep nog steeds zeer schaars blijven.

#### **4. Sterk Gedragsgestoorde en Agressieve patiënten (SGA)**

Het psychiatrische behandelingscircuit heeft moeilijkheden met een marginale groep patiënten, die de SGA-patiënten worden genoemd, omdat deze uit de boot vallen van de actuele behandelingsideologie. De psychiatrische voorzieningen voeren de laatste twintig jaren namelijk een open deur beleid en in het huidige behandelingsklimaat wordt vooral de nadruk gelegd op de zelfwerkzaamheid van de patiënt. SGA-patiënten vertonen echter een chronisch disruptief gedragspatroon met een lage acting-out-drempel en een grote delict-gevaarlijkheid. Daardoor verzeilen zij snel op de ‘zwarte lijst’ van de behandelingscentra waar zij vroeger reeds werden opgenomen. Zij zijn nergens (meer) gewenst en worden soms de speelbal tussen psychiatrie en justitie. Daar SGA-patiënten vaak uit de gebruikelijke behandelingseenheden worden geweerd, worden zij aan hun lot overgelaten, ondanks hun potentiële gevaarlijkheid.

Deze groep patiënten is, wat de psychiatrische diagnose betreft, zeer heterogeen en bevindt zich zowel binnen als buiten de gevangensmuren. Voor nadere gegevens kan verwezen worden naar de (schaarse) literatuur terzake (SMEYERS et al., 1986; COSYNS, 1989). In het kader van deze bijdrage volstaat de vaststelling dat de bestaande hulpverleningsmogelijkheden voor deze groep ontoereikend zijn.

Er zouden dan ook enkele, goed uitgebouwde, behandelings- en verblijfseenheden voor SGA-patiënten moeten worden opgericht. Wij denken hierbij aan eenheden met een hoge veiligheidsgraad waarvoor een behandelingsstrategie wordt uitgetekend die verenigbaar is met zowel het beveiligingsaspect als met therapeutische doelstellingen. Wil men iets anders aanbieden dan de nu gebruikelijke isolatie en repressieve opsluitingen, zal het moeten gaan om kleinschalige eenheden (10 tot 15 patiënten) met een hoge bestaffingsgraad. Alhoewel de gekende gegevens voor België niet toelaten de groep SGA-patiënten nauwkeurig te bepalen, lijkt het plausibel om – naar buitenlands voorbeeld – ongeveer twintig bedden per miljoen inwoners te voorzien (FAULK, 1988).

## 5. Uitgangswegen voor de toekomst

Vooraleer suggesties te doen of voorstellen te formuleren lijkt het ons noodzakelijk even stil te staan bij enkele principiële uitgangspunten:

1. in beginsel is de gevangenis geen verzorgingsinstelling en zij mag dat ook niet worden. Anderzijds draagt de penitentiaire administratie de verantwoordelijkheid voor de fysieke en psychische integriteit van al diegenen die aan haar toevertrouwd worden. Niemand mag naar de gevangenis worden verwezen om er te worden behandeld, ook geen toxicomanen om te ontwennen, maar iedere gedetineerde moet wel toegang krijgen tot de zorgen die zijn toestand noodzaakt;

2. gedetineerden die een psychiatrische stoornis vertonen, hebben recht op een adequate behandeling. Het begrip 'recht' wordt hier gebruikt in zijn medisch-ethische en deontologische betekenis. Om te bepalen wat een 'adequate' behandeling inhoudt, dient rekening te worden gehouden met twee factoren: de psychiatrische toestand van de patiënt en de thans geldende wetenschappelijke kennis over de behandeling van de vastgestelde stoornis.

Rekening houdend met deze principiële uitgangspunten komen wij tot de vaststelling dat personen met psychiatrische stoornissen in het kader van het gevangeniswezen niet de adequate behandeling krijgen waarop zij nochtans recht hebben. Hun opsluiting heeft onmiskenbaar tot gevolg dat de medische zorgen die zij krijgen niet hetzelfde niveau halen als diegene die zij buiten de gevangenis zouden ontvangen. Vanuit medisch-deontologisch oogpunt is dit een onaanvaardbare toestand.

Er zijn voor dit probleem o.i. slechts twee oplossingen mogelijk. Ofwel effectueert het Ministerie van Justitie zijn behandelingsplicht, ofwel wordt de zorg voor deze categorieën van gedetineerden zowel principieel als effectief toevertrouwd aan het Ministerie van Volksgezondheid.

Het eerste alternatief lijkt ons weinig realistisch. Het Ministerie van Justitie heeft tot op heden de nochtans bij de wet opgelegde therapeutische opdracht t.a.v. geïnterneerden nooit vervuld. De prioriteiten liggen bovendien zodanig dat gespecialiseerde zorg voor deze groep onder de gedetineerden nooit ter sprake zal komen. Mensen behandelen is niet per se de opdracht van Justitie, zodat hiervoor nooit de noodzakelijke middelen zullen worden vrijgemaakt. Vandaar ons voorstel tot overheveling van deze categorie naar Volksgezondheid.

Vlaanderen heeft een overschot aan psychiatrische bedden en er wordt op grote schaal afgebouwd. Men zou een klein gedeelte van de vrijgekomen capaciteit kunnen voorbestemmen voor de hier voorgestelde oplossingen. Daardoor zou de overbezetting van de gevangenissen meteen gunstig worden beïnvloed.

Het weze duidelijk dat deze overheveling in de huidige omstandigheden niet zomaar kan plaatsvinden, maar indien enkele afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen speciaal worden ingericht voor de opvang van geïnterneerden, zou deze categorie patiënten tenminste de kans krijgen om behoorlijk te worden behandeld. Daarnaast moeten enkele kleinschalige eenheden voor intensieve psychiatrische zorg van SGA-patiënten worden opgericht, waarvan er zich enkele binnen de muren van de gevangenissen mogen bevinden maar dan wel onder de verantwoordelijkheid van Volksgezondheid. Ten slotte moeten de crisisopvangmogelijkheden voor toxicomanen in de grote steden beter worden uitgebouwd.

Het spreekt vanzelf dat de praktische uitwerking van deze denkoefening slechts kan gebeuren wanneer en nadat al de betrokken partijen rond de tafel zijn gaan zitten. Gespreksthema's daarbij zullen o.m. moeten zijn: de door de magistratuur in het verleden wel eens geuite wens om een grotere greep te krijgen op deze populaties; de grenzen van de mogelijkheden van een psychiatrische behandeling en de problematiek van personen die onbehandelbaar blijken; de taalproblematiek die eigen is aan een psychiatrische behandeling, die vanzelfsprekend in de taal van de betrokkene moet kunnen gebeuren; het feit dat de voorgestelde hervormingen de kosten niet onaanzienlijk zullen doen stijgen.

P. Cosyns  
8 juni 1992

## Bibliografie

- Orde der Geneesheren, Code van Geneeskundige Plichtenleer, 1975.
- COSYNS, P., 'Sexuele agressoren: een braakliggend terrein voor wetenschappelijk onderzoek en een kluwen van ethische problemen voor hulpverleners', *Panopticon*, 1985, 305-310.
- COSYNS, P., 'Sterk gedragsgestoorde en/of Agressieve patiënten. Een problematische groep voor de psychiater', in PIETERS et al. (ed.), *Van Remslaap tot Reverie*, Leuven, Acco, 1989.
- FAULK, M., *Basic Forensic Psychiatry*, London, Blackwell Sc. Publ., 1988.
- GOETHALS, J., *Abnormaal en delinkwent*, Antwerpen, Kluwer rechtswetenschappen, 1991.
- MEYVIS, W. en MARTIN, D., *Gevangenis en samenleving*, Koning Boudewijnstichting, 1991.
- Set Seksuele Agressie, Staatssecretaris voor Maatschappelijke Emancipatie (M. SMET) en Minister van Justitie (M. WATHELET), juni 1990.
- SMEYERS, G. en VAN DONGEN, L., 'Het probleem van de sterk gedragsgestoorde en/of Agressieve patiënt', *Panopticon*, 1986, 132-143.
- SNACKEN, S., 'Strafrechtshervorming versus "net-widening"', *Panopticon*, 1992, 105-109.
- VAN DEN WIJNGAERT, Chr., 'De nieuwe wet op de voorlopige hechtenis kritisch doorgelicht', *Panopticon*, 1991, 111-135.