

Oude uitdagingen, nieuwe kansen!

Over de behandeling van geïnterneerden

Stijn Vandevelde
Stefaan De Smet
Wouter Vanderplasschen
Wing Ting To
(Red.)



© Academia Press
Eekhout 2
9000 Gent
Tel. 09/233 80 88 Fax 09/233 14 09
Info@academiapress.be www.academiapress.be

De uitgaven van Academia Press worden verdeeld door:

J. Story-Scientia nv Wetenschappelijke Boekhandel
Sint Kwintensberg 87
B-9000 Gent
Tel. 09/225 57 57 Fax 09/233 14 09
Info@story.be www.story.be

Ef & Ef
Postbus 404
3500 AK Utrecht
Tel. 0475 561501 Fax 0475 561660
info@efenefmedia.nl www.efenefmedia.nl

Oude uitdagingen, nieuwe kansen!
Over de behandeling van geïnterneerden
Stijn Vandevelde, Stefaan De Smet, Wouter Vanderplasschen, Wing Ting To (Red.)
Gent, Academia Press, 2013, VI + 134 p.

Opmaak binnenwerk: Press Point, tel. 09/362 52 50

ISBN 978 90 382 2092 5
D/2013/4804/48
U 1965
NUR1 740

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of vermenigvuldigd door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoud

WOORD VOORAF	1
TEN GELEIDE	5
HOOFDSTUK 1 Internering in België	11
<i>Stijn Vandeveldde, Stefaan De Smet & Wing Ting To</i>	
1.1. Inleiding	11
1.2. Enkele cijfers	12
1.3. Toepassing van de interneringswet	13
1.4. Huidige en toekomstige ontwikkelingen	13
HOOFDSTUK 2 Juridische aspecten met betrekking tot internering	17
<i>Tom Vander Beken & Delphine Vanhaelemeesch</i>	
2.1. Gedetineerden en geïnterneerden hebben rechten	17
2.2. Internering en geïnterneerden	18
2.3. De interneringsprocedure	23
2.3.1. Onderzoek	24
2.3.2. Beslissing	24
2.3.3. Uitvoering	25
2.4. Actoren	26
2.4.1. Vonnisgerechten en onderzoeksgerechten	26
2.4.2. Commissie ter Bescherming Maatschappij (CBM)	26
2.4.3. Justitiehuzen	27
2.4.4. Zorgequipe	27
HOOFDSTUK 3 De Forensisch Psychiatrische Centra, interneringswet(ten) en andere regelgeving: een kritische reflectie	29
<i>Henri Heimans</i>	
3.1. Inleiding	29
3.2. Lacunes in de wet	30
3.3. Lacunes bij de verantwoordelijken	31
3.4. Wetenschappelijk draagvlak	32
3.5. De nieuwe interneringswet van 21 april 2007 komt er (nog) niet	33
3.6. Toekomstige voorzieningen	35
3.7. De Forensisch Psychiatrische Centra en de wetgeving	36
3.7.1. Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens	36
3.7.2. Plaatsing versus vrijstelling op proef	38
3.7.3. Observatie van de geïnterneerde	39
3.7.4. Plaatsing versus onderhandelde plaatsing	40
3.7.5. Verdere uitvoeringsmodaliteiten van de internering	41
3.7.5.1. Overplaatsing	41
3.7.5.2. Beperkte vrijheid	42
3.7.5.3. Andere uitvoeringsmodaliteiten	42
3.7.5.4. De invrijheidstelling	42
3.7.5.5. Procedures	42
3.8. Conclusie	46

HOOFDSTUK 4	Behandeling van geïnterneerden	47
	<i>Wing Ting To, Stefaan De Smet, Anja Boers & Stijn Vandevelde</i>	
4.1.	Verschillende perspectieven	50
4.1.1.	Forensisch perspectief	50
4.1.2.	Theoretisch perspectief	54
4.1.2.1.	Introductie	54
4.1.2.2.	'What Works' benadering / Risk-Needs-Responsivity (RNR)	54
4.1.2.3.	Het Good Lives Model	58
4.1.2.4.	Andere theoretische benaderingen	61
4.1.2.5.	Huidige en toekomstige ontwikkelingen	62
4.1.3.	Psychotherapeutisch perspectief	63
4.2.	Behandeling	65
4.2.1.	Behandeldoelen	65
4.2.2.	Behandeldklimaat	67
4.2.3.	Therapieën	71
4.2.3.1.	Psychofarmacotherapie	72
4.2.3.2.	Individuele psychotherapie	73
4.2.3.3.	Groepstherapieën	74
4.2.4.	Behandeltraject	76
4.2.4.1.	Opname, observatie en beeldvorming	76
4.2.4.2.	Behandeling	83
4.2.4.3.	Resocialisatie en het forensisch psychiatrisch zorgcircuit	85
HOOFDSTUK 5	Behandeling van specifieke doelgroepen	95
	<i>Stefaan De Smet, Stijn Vandevelde & Wing Ting To</i>	
5.1.	Geïnterneerden met een verstandelijke beperking	95
5.1.1.	Kenmerken en profiel	95
5.1.2.	Behandeling en begeleiding: de 3 'B's' als uitgangspunt	97
5.2.	Oudere geïnterneerden	100
5.2.1.	Inleiding	100
5.2.2.	Enkele cijfers	101
5.2.3.	Ouderen en hun traject in correctionele settings: voorlopige resultaten van de dossierstudie en interviews	101
HOOFDSTUK 6	Een prospectie naar een personeelsformatie voor een FPC	107
	<i>Stefaan De Smet, Stijn Vandevelde & Wing Ting To</i>	
6.1.	Samenstelling van het team	109
6.2.	Iedereen sociotherapeut?	114
6.3.	Multidisciplinariteit: schoenmaker blijf bij uw leest	115
6.4.	Competenties en attitudes	118
6.5.	Slotbeschouwingen	120
HOOFDSTUK 7	Uitdagingen voor de forensische zorgverlening vanuit een psychiatrisch perspectief	123
	<i>Paul Cosyns</i>	
HOOFDSTUK 8	Oude uitdagingen, nieuwe kansen!	127
	<i>Wing Ting To, Stefaan De Smet, Stijn Vandevelde & Wouter Vanderplasschen</i>	
WIE IS WIE		133

WOORD VOORAF

Martin Vanden Hende

De gevangenis, je moet er geweest zijn om te beseffen dat dit een harde wereld is. Een wereld met aparte regels voor diegenen die wegens strafbare feiten voor korte of lange tijd uit de maatschappij worden verwijderd.

De laatsten die je er zou verwachten zijn geïnterneerden, mensen die geestesziek zijn en dus niet verantwoordelijk voor hun daden. En toch zijn ze er aanwezig en niet in kleinen getale, liefst 10 % van alle opgesloten mensen in de gevangenissen zijn geïnterneerd.

De evolutie tussen 2000 en 2011 is dramatisch. De groep van opgesloten geïnterneerden groeide in die periode immers aan met 72 %. Daartegenover zien we een groei van het aantal veroordeelden met 20 %.

Naast de opsluiting in een totaal onaangepaste omgeving komt hier nog de afwezigheid van behandeling bovenop, nochtans voorzien in de wet op de internering.

Er is dus iets fundamenteels fout, er moe(s)t iets fundamenteels gedaan worden.

Het is een moderne maatschappij onwaardig ‘on-waardig’ om te gaan met zieke mensen, ook al pleegden ze strafbare feiten.

Naast diegenen die in de gevangenis werken in moeilijke omstandigheden, naast diegenen die vanuit mensenrechten de roep op zorg laten weerklinken, naast de familieleden die de schrijnende achteruitgang van hun familielid vaststellen, naast de rechters die hun maatregel niet anders kunnen invullen, naast de zorgverstrekkers die zich ervan bewust zijn dat verandering mogelijk is, staat de overheid. Een overheid die de laatste jaren niet gespaard is gebleven van veroordelingen door het Comité voor Preventie van Foltering (opgericht in de schoot van de Raad van Europa) wegens de mensonwaardige behandeling van opgesloten geesteszieke mensen in de gevangenis.

Justitie en Volksgezondheid nemen nu hun verantwoordelijkheid en gaan samen het project van de Forensisch Psychiatrische Centra aan. Met de bouw van deze twee Forensisch Psychiatrische Centra in Vlaanderen (Gent en Antwerpen) wordt hopelijk een einde gesteld aan de onwezenlijke situatie van veel opgesloten mensen met een interneringsstatuut. Maar zowel Justitie als Volksgezondheid beseffen dat dit hun corebusiness niet is, vandaar de zoektocht naar een partner die kennis heeft van forensisch psychiatrische zorg. Het FPC is immers nieuw voor Vlaanderen. De

overheid wordt dan ook geconfronteerd met de opdracht een uitbater te vinden. Die uitbater staat voor de grote uitdaging de zorg te organiseren in samenspraak met heel wat betrokkenen. Het FPC zal zich moeten uitrollen als een breed maatschappelijk project, waar de vermaatschappelijking van de zorg de volle aandacht moet krijgen.

We zien dus eindelijk een klein lichtje opdoemen aan het einde van de tunnel. Een klein lichtje, want er is nog een lange weg af te leggen. Tussen droom en werkelijkheid ligt een pad vol moeilijkheden.

Er zijn m.i. drie grote werkgebieden: het verminderen van de instroom, het optimaliseren van de behandeling en het bevorderen van de uitstroom.

Velen kijken naar het FPC als het ooit geplande POKO (K.B. 19 april 1999 tot instelling van een Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum), dit is het echter niet. En toch zou dit een meerwaarde betekenen om mensen niet ten onrechte te laten instromen in het interneringsstatuut.

Als nieuw onderdeel van het vervolledigd zorgtraject zal het FPC nauw samenwerken met de Forensisch Psychiatrische eenheden, de reguliere psychiatrie en gehandicaptenzorg, maar ook met andere diensten die steun verlenen zoals de Centra Algemeen Welzijnswerk, de drughulpverlening, en diensten voor huisvesting, tewerkstelling en vele andere. Ieders aandeel kan zowel binnen als buiten de muren van het FPC belangrijk zijn.

Het FPC zal zich grondig moeten onderscheiden van een gevangenis. Het is belangrijk om mensen die niet kunnen re-integreren een kwaliteitsvol en ondersteund leven aan te bieden met respect voor hen als mens in een hoogbeveiligde context. Voor diegenen die wel kunnen re-integreren zal het FPC op zoek moeten gaan naar behandelingsmethoden die de kans op recidive verminderen en naar partners die hiervoor mogelijkheden bieden. Dit kan pas slagen door professioneel een behandel- of zorgtraject op te maken en dit uit te voeren met multidisciplinair gekwalificeerd personeel in samenspraak met Justitie en Zorg.

De zorginstelling zal steeds samen moeten werken met Justitie, zoals met de Commissies tot Bescherming van de Maatschappij en de justitiehuizen, maar ook met de strafinrichtingen. Vergeten we immers niet dat zolang er niet meer externe opvang mogelijk is, er nog een groot deel geïnterneerden in de gevangenissen opgesloten zullen blijven. Naast de FPC's pleit ik dan ook voor meer gespecialiseerde zorg binnen de gevangenissen.

Het FPC zal ook een forensische 'werkplaats' moeten zijn waar men door studiewerk, observatie en therapie kan bijdragen tot een verdere positieve, ook wetenschappelijke, ontwikkeling van forensische behandelingen. Deze ervaring en dit onderzoek moeten ook kennis verschaffen om preventief te kunnen werken. Hier dienen de universiteiten en de hogescholen zich zeker aan als mogelijke partners.

Tot slot, is het belangrijk te wijzen op de verschillende elementen die in een FPC aanwezig zullen zijn:

- het aspect risk, wat gevaarlijkheidsgraad en risico op recidive is;
- het aspect security, het veiligheidsrisico voor de geïnterneerde zelf of voor de maatschappij;
- de zorg als care (zorg), cure (genezing) en resocialisatie.

Met al deze zaken zal rekening moeten worden gehouden.

Dit boek, met bijzondere dank aan de Hogeschool Gent, wil een aanzet zijn tot kritische reflectie op mogelijkheden en moeilijkheden. Het zal aan de toekomstige uitbater zijn om deze woorden en bedenkingen om te zetten in goed doordachte therapeutische daden. Een FPC zal immers meer moeten zijn dan geïnterneerden enkel van locatie verplaatsen.

TEN GELEIDE

Met de nieuwe Forensisch Psychiatrische Centra van Gent en Antwerpen in het (zeer nabije) vooruitzicht, is er nood aan een wetenschappelijke onderbouwing van het therapeutisch aanbod gericht op de behandeling en begeleiding van geïnterneerden.

Hiertoe voerde de Hogeschool Gent, faculteit Mens en Welzijn, tussen 2008 en 2012 het projectmatig wetenschappelijk onderzoek (PWO) *‘De behandeling van geïnterneerden in forensisch psychiatrische contexten. Een exploratief multi-method onderzoek naar effectieve behandelingsmodellen en voorwaarden ter implementatie in een forensisch psychiatrisch centrum, met aandacht voor specifieke doelgroepen’*. De studie werd gefinancierd door het Onderzoeksfonds van de Hogeschool Gent. Het project had als doelstelling voorstellen te formuleren met betrekking tot de inhoudelijke en vormelijke invulling van een therapeutisch programma binnen voornoemde Forensisch Psychiatrische Centra. Projectpartners waren de Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Universiteit Gent (Prof. Dr. Tom Vander Beken), de Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent (Dr. Veerle Soyez (tot februari 2011), Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen (vanaf maart 2011) en Prof. Dr. Eric Broekaert), en het Platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent vzw/Centrum OBRA vzw (Martin Vanden Hende en Els Verleysen). Verder werden de onderzoekers ondersteund door een stuurgroep waarin zowel experts uit het werkveld als academici vertegenwoordigd waren.

Het **onderzoeksproject** bestaat uit verschillende deelstudies.

Deelstudie 1

Deelstudie 1 bracht de stand van zaken wat betreft internering en het zorgaanbod voor geïnterneerden in België in kaart. Aan de hand van een literatuurstudie werd het begrip internering en de juridische en beleidsmatige aspecten ervan in binnen- en buitenland onderzocht. Dit resulteerde in de publicatie

Vandevelde, S., Soyez, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A. & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78.

Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België werd in kaart gebracht via interviews met medewerkers uit verschillende forensische instellingen en via een analyse van beschikbare documenten van en over de instellingen. Dit resulteerde in de publicatie

Boers, A., Vandevelde, S., Soyez, V., De Smet, S., & To, W.T. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 32(2), 17-38.

Deelstudie 2

Deelstudie 2 bevroeg de standpunten van nationale en internationale experts over de organisatie en inhoud van de behandelingen in de nieuwe Forensisch Psychiatrische Centra via de Delphi methode. Dit resulteerde in de publicatie

To, W.T., Vandeveld, S., Soyez, V., De Smet, S., Boers, A., & Vanheule, S. (2012). Treatment perspectives on interned mentally ill offenders in a forensic psychiatric center (FPC): a Delphi study on experts' opinions. *Psychology, Crime & Law*, 0(0), 1–17. doi:10.1080/1068316X.2012.736511

Deelstudie 3

Deelstudie 3 focuste op de werking van een aantal forensische instellingen via participerende observatie en op de perceptie van geïnterneerden en hun begeleiders via de afname van interviews.

Op basis van de resultaten van bovenstaande studies werd met de experts van de stuurgroep een focusgroep gehouden, waarbij een aantal relevante thema's voor de organisatie en zorg in een FPC werden besproken.

In dit **boek** trachten we de beschikbare basiskennis rond geïnterneerden en hun behandeling te bundelen. In enkele hoofdstukken formuleren we, op basis van onze onderzoeksbevindingen, aangrijpingspunten voor de behandeling in de Forensische Psychiatrische Centra. Prof. Dr. Tom Vander Beken en Delphine Vanhaelemeesch verzorgen een deel rond juridische aspecten van internering. Daarnaast nodigden we drie experts uit om een korte reflectie te geven. Martin Vanden Hende leidt het boek, vanuit zijn rol als projectpartner, kort in. Henri Heimans vroegen we kritisch te reflecteren op de huidige wetgeving. Aan Em. Prof. Dr. Paul Cosyns tenslotte werd gevraagd een korte slotbijdrage te schrijven over de uitdagingen voor de forensische zorg in Vlaanderen.

Het boek heeft de volgende structuur.

Hoofdstuk 1 beschrijft de stand van zaken rond internering in België (Stijn Vandeveld, Stefaan De Smet & Wing Ting To). Het tweede hoofdstuk geeft een overzicht van de juridische aspecten inzake internering (Tom Vander Beken & Delphine Vanhaelemeesch). Hoofdstuk 3 bespreekt kritisch de FPC's, de interneringswetten en andere relevante regelgeving (Henri Heimans). In het vierde hoofdstuk wordt ingegaan op de behandeling van geïnterneerden (Wing Ting To, Stefaan De Smet, Anja Boers & Stijn Vandeveld). Het vijfde hoofdstuk gaat in op de behandeling van specifieke doelgroepen (Stefaan De Smet, Stijn Vandeveld & Wing Ting To). Hoofdstuk 6 behandelt de prospectie naar een personeelsformatie in een FPC (Stefaan De Smet, Stijn Vandeveld & Wing Ting To). Het voorlaatste hoofdstuk gaat in op de uitdagingen voor de forensische zorgverlening in België vanuit een psychiatrisch perspectief (Paul Cosyns). Het laatste hoofdstuk, tenslotte, vat de belangrijkste bevindingen en adviezen kort samen (Wing Ting To, Stefaan De Smet, Stijn Vandeveld & Wouter Vanderplassen).

Omwille van de leesbaarheid wordt in het boek steeds de neutrale ‘mannelijke’ vorm gebruikt. Waar ‘hij’ staat kan dan ook steeds ‘zij’ worden gelezen. Voorts worden verschillende termen gebruikt die verwijzen naar de geïnterneerde: cliënt, patiënt en forensische patiënt. In de meer juridische hoofdstukken werd gekozen voor een juridisch referentiesysteem met voetnoten. In de andere hoofdstukken wordt de APA-stijl gehanteerd.

Aan het einde van deze inleiding richten we graag een woord van **oprechte dank** tot iedereen die ons in dit onderzoek met raad en daad heeft bijgestaan.

Eerst en vooral drukken we graag onze erkentelijkheid uit tegenover alle instellingen en personen (zowel hulpverleners als geïnterneerden) die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Hartelijk bedankt voor jullie waardevolle bijdrage!

We danken de Hogeschool Gent voor de financiering van het project. Een bijzondere dank gaat naar Maurice Walgraeve, decaan van de faculteit Mens en Welzijn, Anne Van Winkel, Diensthoofd Onderzoeksangelegenheden en Dr. Joke De Wilde, stafmedewerker Directie Onderzoek.

Verder bedanken we ook onze projectpartners Prof. Dr. Eric Broekaert, Prof. Dr. Veerle Soyez, Martin Vanden Hende, Prof. Dr. Tom Vander Beken en Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen voor hun constructieve bijdrage aan het onderzoek.

De leden van de stuurgroep danken we voor hun interesse en relevante tips en adviezen: Anja Boers (stuurgroeplid vanaf 2010, FOD Justitie), Prof. Dr. Eric Broekaert (Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek), Dirk Bryssinck (Villa Voortman), Christophe Busch (PC Sint-Jan-Baptist Zelzate), Em. Prof. Dr. Paul Cosyns (Universiteit Antwerpen, Universitair Forensisch Centrum), Piet De Jong (FPC Veldzicht), Kristof De Vos (PC Sint-Jan-Baptist Zelzate), Dr. Joke De Wilde (Hogeschool Gent, Directie Onderzoek), Henri Heimans (Commissie tot Bescherming van de Maatschappij, Gent), Dr. Ingeborg Jeandarme (FOD Justitie, PC Ziekeren, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg), Prof. Dr. Thierry Pham (Centre de Recherche en Défence Sociale), Prof. Dr. Veerle Soyez (stuurgroeplid tot 2011, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek), Luc Stas (FOD Justitie), Dr. Sven Todts (FOD Justitie), Martin Vanden Hende (Platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent vzw, Centrum OBRA vzw), Prof. Dr. Tom Vander Beken (Universiteit Gent, Vakgroep Strafrecht en Criminologie), Wilfried Vanhandenhoven (Hogeschool Gent), Dr. Eddy Van Hoofstat (Hogeschool Gent, FOD Justitie), Els Verleysen (Platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent vzw) en Dr. Peter Walleghem (Hogeschool Gent).

We wensen uitdrukkelijk ook de voormalige leden van het onderzoeksteam te erkennen: Prof. Dr. Veerle Soyez (co-promotor tot februari 2011) en Anja Boers (wetenschappelijk medewerker tot januari 2010).

Voor de uitgave van deze publicatie ten slotte danken we alle co-auteurs: Martin Vanden Hende, Prof. Dr. Tom Vander Beken, Delphine Vanhaelemesch, Henri

Heimans, en Em. Prof. Dr. Paul Cosyns. Dank ook aan Kathy Colpaert die de laatste plooiën in het typewerk gladstreek. Een welgemeende ‘dank u’ ook aan Peter Laroy van Academia Press voor de ondersteuning bij de uitgave van dit boek.

Stijn Vandavelde

Stefaan De Smet

Wouter Vanderplasschen

Wing Ting To

26 MARCH

Monday
Maandag Lunes Lunedì Dienstag Luudi

86 : 280

27 MAART

Tuesday
Dinsdag Martes Martedì Dinstag Marti

87 : 279

28 MARZO

Wednesday
Dienstag Miércoles, Mercoledì Abdoewek Mercredi

88 : 278

08 Ik weet dat ik
 08 Ik ben niet echt hier niet levens
 09 gauw in de gevang lang niet. Voik
 10 genis. De deur zal ik vrijkomen
 11 word altijd gesloten Ik mag mij niet
 12 eenmaal dat ik laten gaan, om
 13 binnen ben. Ik dat ik anders
 14 voel mij als een riek ga werken.
 15 leeuw in een kooi. Ik heb gauw terug
 16 soms worden we bij papa wonen.
 17 opgesloten in de Ik zou gauw terug
 18 douches omdat er willen uitgaan
 19 beweging is. Dan
 20 voel ik mij mach
 21 teloor, en huusde
 maar ook soms ver
 drietig. Ik heb dat
 gevoel als ik aan
 thuis denk.

Dit dagboekfragment (bron: anonieme geïnterneerde, met dank aan Martin Vanden Hende voor de afbeelding) werpt een blik op de gevoelswereld van een geïnterneerde met een verstandelijke beperking die in de gevangenis verblijft.

Het illustreert dat achter elke geïnterneerde ‘misdadiger’ ook steeds een mens – een vaak kwetsbare ‘patiënt’ – schuilt die nood heeft aan ondersteuning en behandeling. Het is precies deze dualiteit, het balanceren op de grens van bestraffing en behande-

ling, die het omgaan met geïnterneerden zo moeilijk maakt. We hopen dat dit boek er in slaagt deze twee aspecten aan bod te brengen waarbij aandacht gaat naar de sterktes en mogelijkheden van de mensen zelf. Internering is immers geen zwart-wit verhaal en de analyse ervan behoeft de nodige nuancering, zoals ook uit de onderstaande citaten van geïnterneerden blijkt.

‘Ik probeer het vol te houden. Maar hoe langer ik hier zit, hoe minder het lukt. Dat bedoel ik met demotivatie. Dan mag je nog zo sterk zijn als je wil. Het zal geen maanden meer moeten duren. Want dan ben ik gebroken en of het dan nog goed komt dat weet ik niet. Dus ik hoop op dat lichtpuntje, dat het snel dichterbij komt.’

‘Die internering dat is iets dat knaagt, dat geeft stress en ik maak mij vaak ongerust en ik denk dat dat niet onlogisch is. Ik denk niet dat dat abnormaal is dat je daarover piekert, dat je doemdenkt, dat je een beetje paranoia wordt.’

‘Ik ben ondertussen al 7 jaar geïnterneerd. Als ik gewoon gestraft was, dan was ik er al lang vanaf geweest. Dan had ik misschien een jaar gekregen of een half jaar. Maar langs de ander kant denk ik ook dat als ik niet geïnterneerd was geweest en ik was bezig met gebruiken dan had ik misschien al aan de afgrond gelegen met mijn druggebruik. Dus langs de andere kant ben ik er wel mee geholpen met die internering.’

HOOFDSTUK 1

Internering in België

Stijn Vandevelde, Stefaan De Smet & Wing Ting To

1.1. Inleiding

Geïnterneerden zijn personen die een misdrijf hebben gepleegd en verkeren in een staat van ontoerekeningsvatbaarheid, zowel op het moment van de feiten als op het ogenblik van de berechting. De ontoerekeningsvatbaarheid moet het gevolg zijn van een staat van krankzinnigheid, geestesstoornis of zwakzinnigheid waardoor de persoon geen controle heeft over zijn daden. Bovendien moet er sprake zijn van sociale gevaarlijkheid op het ogenblik van het proces (Casselmann et al., 1997; Cosyns et al., 2007, 2008; Goethals, 2002). Het is belangrijk te wijzen op het feit dat een internering geen straf is, maar een (beveiligings)maatregel. Deze maatregel heeft de tweeledige doelstelling om enerzijds de maatschappij te beschermen en anderzijds de geïnterneerde persoon te verplichten een psychiatrische behandeling te volgen. Het is precies deze dubbele bedoeling die de behandeling van geïnterneerden zo moeilijk maakt. Er dient immers steeds gebalanceerd te worden tussen de eerder juridische beschermingseisen (het perspectief van de maatschappij die moet beschermd worden tegen de criminele feiten van de geïnterneerde ‘misdadiger’) en de meer medisch-sociaal-pedagogische noden (het perspectief van de geïnterneerde ‘patiënt’, die nood heeft aan zorg, begeleiding en behandeling) (Heimans & Brad, 2003; Heimans, 2011). Hoewel de Belgische overheid het belang van een (medisch-psychiatrische/sociaal-pedagogische) behandeling en benadering zeker erkent (cf. Heimans & Brad, 2003; Heimans, 2011) moeten we vaststellen dat er op dit ogenblik (nog steeds) een hoge nood is aan een gedegen en voldoende therapeutisch aanbod voor geïnterneerden.

Zo werd de opvang van de Belgische geïnterneerden in een aantal rapporten van het Europees Comité ter Preventie van Foltering ‘middeleeuws’ genoemd en veroordeelde een rechter de Belgische staat recent nog voor het niet voorzien in gepaste behandeling voor geïnterneerden in de gevangenis, zie ook hoofdstuk 3 (Cosyns et al., 2007; Vanden Henden et al., 2005). In de media circuleerden recentelijk concepten als ‘middeleeuwse toestanden’ en de ‘vergeetputten van Vlaanderen’ (Brouckaert, 2007).

1.2. Enkele cijfers

Er zijn weinig officiële cijfers voorhanden met betrekking tot het aantal geïnterneerden en de samenstelling van deze heterogene doelgroep (Vandeveldt et al., 2011). De (ondertussen vrij oude) beschikbare wetenschappelijke cijfers voor België wijzen uit dat 3.306 personen geïnterneerd waren in september 2004 (dagprevalentie september 2004 – geciteerd in Cosyns et al., 2007)¹. Hiervan is een aanzienlijk aantal ‘vrij op proef’ (n=1.999). Van de 1.307 geïnterneerden die ‘niet vrij op proef’ zijn, zijn 848 personen opgesloten binnen instellingen van de FOD Justitie, i.c. psychiatrische afdelingen van een strafinrichting, instellingen en afdelingen tot bescherming van de maatschappij en gewone strafinrichtingen (n=1.014 situatie in juni 2008, Federale Overheidsdienst Justitie 2008)². Het ontbreekt de meeste van deze instellingen aan mogelijkheden om te voorzien in een adequaat therapeutisch aanbod. De overige geïnterneerden (n=459) zijn geplaatst in instellingen tot bescherming van de maatschappij ressorterend onder het Waalse Gewest (Doornik en Bergen), private psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, homes, projecten beschut wonen en andere instellingen/diensten die wel kunnen voorzien in een aangepaste behandeling. Wanneer we meer specifiek de situatie in Vlaanderen bekijken, dan stellen we vast dat er (nog meer dan in Wallonië) tekorten zijn wat betreft de therapeutische begeleiding van geïnterneerden. Er verblijven 505 geïnterneerden in een gevangenis, de overigen vinden we terug in psychiatrische instellingen (n=352), homes, projecten beschut wonen of diensten ambulante begeleiding (n=737) en proefprojecten (forensische units) in Rekem, Bierbeek en Zelzate (n=114) (cf. De Clercq, 2006).

Cosyns et al. (2007) brachten enkele jaren terug het diagnostisch profiel van geïnterneerden opgesloten binnen instellingen van de FOD Justitie in kaart en stelden daarbij vast dat slechts in een kwart van de gevallen een enkelvoudige psychiatrische diagnose gesteld kan worden. Hiervan zijn psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen de meest voorkomende. Dit betekent verder dat er bij ongeveer 76% van de geïnterneerden sprake is van een twee- of zelfs drievoudige diagnose. Deze hoge mate van co-morbiditeit komt onder meer tot uiting in het samen voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik- en/of afhankelijkheid bij geïnterneerden (Cosyns et al., 2007). Ook internationaal onderzoek ondersteunt de stelling dat er binnen een ‘gevangeniscontext’ vaak sprake is van een dubbele diagnose (zie o.a. bijvoorbeeld Eden, Peters & Hill, 1997; Encrenaz & Messiah, 2006). Verder blijken heel wat geïnterneerden (en veroordeelden) een verstandelijke beperking te hebben of te kampen met intellectuele en/of neurocognitieve problemen (Vanden Hende et al., 2005).

1 Meer recente cijfers gepubliceerd in Mettoui en Boskat (2011) geven aan dat er in 2009 bijna 4.000 geïnterneerden waren (n=3.956).

2 Dit cijfer is ondertussen nog gestegen: in maart 2011 verbleven 1.103 geïnterneerden in Belgische gevangenissen (Justitie in cijfers, 2011).

1.3. Toepassing van de interneringswet

Hoewel de wet op de internering van 2007 een aantal kritieken op de behandeling van geïnterneerden in rekening bracht, moeten we vaststellen dat deze ‘nieuwe’ wet nog steeds niet in uitvoering is gebracht. Recente berichten geven aan dat de inwerkingtreding ervan is uitgesteld tot 1 januari 2015. Mogelijks nog belangrijker dan het invoeren van deze wet is het verder uitbouwen van een behandelingsnetwerk voor gespecialiseerde forensisch psychiatrische zorg (zie onder meer Naudts et al., 2005). Anders lopen we het risico dat de wet dode letter blijft. Analoog met internationale bevindingen lijken volgende elementen hierbij primordiaal voor de Belgische situatie (zie Vandevelde et al., 2011):

1. Het ontwikkelen en implementeren van screening, assessment en diagnostische instrumenten en procedures om psychiatrische problemen te screenen in gevangenispopulaties (cf. Peters & Bartoi, 1997; Soyez et al., 2010).
2. Het ontwikkelen van een duidelijke procedure voor de psychiatrische expertise.
3. Het ontwikkelen en organiseren van specifieke behandelingen en diensten die deel uitmaken van een groter zorgcircuit, waarin zowel algemene/reguliere als categoriale hulpverlening vertegenwoordigd is, met aandacht voor veiligheidsaspecten gebaseerd op de indeling tussen high-, medium-, en low-risk cliënten.

1.4. Huidige en toekomstige ontwikkelingen

Naast het belang van een – aan de specifieke eisen van een ‘gevangeniscontext’ aangepaste – screening en diagnostiek van bovenstaande problemen (De Wilde et al., 2007) is er duidelijk nood aan adequate en aangepaste zorg en begeleiding. De toenmalige Minister van Justitie, Laurette Onkelinx heeft dan ook in 2006 voorgesteld om in Vlaanderen op korte termijn twee aangepaste centra te bouwen voor de aanzienlijke groep geïnterneerden die momenteel noodgedwongen verblijft binnen instellingen die (vaak) geen gepaste zorg kunnen bieden. De oprichting van deze Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) kadert binnen het zogenoemde ‘masterplan geïnterneerden’ in Vlaanderen en komt er op voorstel van de werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit, onder het voorzitterschap van Prof. Cosyns (cf. syntheseverslag Cosyns, 2005). De FPC’s zullen worden opgericht in Antwerpen en Gent, waarbij respectievelijk 180 en 272 plaatsen zullen worden voorzien voor geïnterneerden die omwille van een aantal kenmerken, zoals gevaarlijkheidsgraad, veiligheidsgraad van de instelling, duur van het verblijf en psychopathologie van de geïnterneerden, niet in de reguliere psychiatrische diensten en voorzieningen terecht kunnen (Cosyns, 2005). In dit verband wordt bijvoorbeeld gewezen op het belang om afdelingen te voorzien voor

veel voorkomende specifieke psychiatrische pathologieën, zoals personen met psychotische stoornissen, personen met persoonlijkheidsstoornissen, personen met verstandelijke beperkingen, personen die middelen misbruiken of hiervan afhankelijk zijn, etc. Recent nationaal en internationaal onderzoek onderstreept de nood aan een voor specifieke forensische doelgroepen aangepaste diagnostiek en behandeling (zie bijvoorbeeld De Wilde et al., 2007; Drake & Wallach, 2000; Peters & Bartoi, 1997).

De uitbouw van het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent is momenteel reeds ver gevorderd. De opening van het FPC is gepland in het voorjaar van 2014. De start van de bouwwerken van het FPC in Antwerpen is voorzien in de loop van 2013, met als doelstelling het centrum in 2015 te kunnen openen. Het is dan ook een belangrijke opdracht om tegen deze streefdata adequate therapeutisch programma's te voorzien. Hierbij is het een belangrijke uitdaging om behandeling en controle goed uit elkaar te houden. Het lijkt ons hierbij een betere optie om te kiezen voor een behandelmodel met aandacht voor controle en veiligheid, eerder dan voor een model van controle en beveiliging met aandacht voor behandelaspecten (Boers et al., 2011; Vandeveldde et al., 2011).



Cosyns, P., D'Hont, C., Janssen, D., Maes, E., & Verellen, R. (2007). Geïnterneerden in België. De cijfers. *Panopticon*, 28(1), 46-61.

Boers, A., Vandeveldde, S., Soyez, V., De Smet, S., & To, W.T. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 32(2), 17-38.

Mettioui, N., & Boskat (2011). *Tussen Vrouw Justitia & Vrouw Holle*. Herentals: Boskat vzw.

Vandeveldde, S., Soyez, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78.

Referenties

Boers, A., Vandeveldde, S., Soyez, V., De Smet, S., & To, W.T. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 32(2), 17-38.

Brouckaert, J. (2007). Geïnterneerden geïntegreerd? Werking 'Ontgrendeld' in de gevangenis van Gent. *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 26(2), 36-47.

Casselmann, J., Cosyns, P., Goethals, J., Vandenbroucke, M., De Doncker, D., & Dillen, C. (1997). *Internering*. Leuven: Garant.

Cosyns, P. (2005). *Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit*. Syntheseverslag mei 2005. (ongepubliceerd rapport).

Cosyns, P., D'Hont, C., Janssen, D., Maes, E., & Verellen, R. (2007). Geïnterneerden in België. De cijfers. *Panopticon*, 28(1), 46-61.

Cosyns, P., Koeck, S., & Verellen, R. (2008). De justitiabele met een psychische stoornis in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 63-68.

De Clercq, M. (2006). Uitdagingen in de forensische psychiatrie vanuit een medium-riskbehandelingsperspectief. *De Orde van de Dag*, 34, 29-32.

De Wilde, J., Soyez, V., Vandeveldde, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E., & Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenis*. Een

- exploratieve studie tot methodiekontwikkeling*. Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid. Gent: Academia Press.
- Drake, R.E., & Wallach, M.A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51(9), 1126-1129.
- Eden, J.F., Peters, R.H., & Hills, H.A. (1997). Treating prison inmates with co-occurring disorders: An integrative review of existing programs. *Behavioral Sciences and the Law*, 15, 439-457.
- Encrenaz, G., & Messiah, A. (2006). Lifetime psychiatric comorbidity with substance use disorders: Does healthcare use modify the strength of associations? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 378-385.
- Federale Overheidsdienst Justitie (2012). *Justitie in cijfers 2011*. Brussel: Federale Overheidsdienst Justitie.
- Goethals, J. (2002). De internering. De aanpak van de ontoerekeningsvatbare delinquent. In: M. Bouverne-De Bie, K. Kloeck, W. Meyvis, R. Roose & J. Vanacker (Red.), *Handboek Forensisch Welzijnswerk* (pp. 547-584). Gent: Academia Press.
- Heimans, H., & Brad, P. (2003). Is er nog hoop voor geïnterneerden? *Antenne*, (maart 2003), 36-43.
- Heimans, H. (2011). Het onzekere bestaan van de geïnterneerde. In N. Mettioui & Boskat (Red.), *Tussen Vrouw Justitia & Vrouw Holle*. Herentals: Boskat vzw.
- Mettioui, N., & Boskat (2011). *Tussen Vrouw Justitia & Vrouw Holle*. Herentals: Boskat vzw.
- Naudts, K.H., Cosyns, P., McInerny, T., Audenaert, K., Van Den Eynde, F., & Van Heeringen, C. (2005). Editorial. Belgium and its internees: A problem for human rights and a stimulus for service change. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(3), 148-453.
- Peters, R.H., & Bartoi, M.G. (1997). *Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system*. Unpublished manuscript, Florida: National GAINS Center.
- Soyez, V., De Wilde, J., Vandeveldde, S., Vander Beken, T., Todts, S., & Broekaert, E. (2010). Screening en assessment van psychiatrische stoornissen in Belgische gevangenen. Sensitiviteit en specificiteit van de BJMHS en SSI-A. *Verslaving*, 6(1), 41-57.
- Vandeveldde, S., Soyoz, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78.
- Vanden Hende, M., Caris, K., & De Block-Bury, L. (2005). *Ontgrendeld*. Gent: Academia Press.

HOOFDSTUK 2

Juridische aspecten met betrekking tot internering

Tom Vander Beken & Delphine Vanhaelemeesch

2.1. Gedetineerden en geïnterneerden hebben rechten

Terwijl vroeger werd aangenomen dat wie opgesloten werd, nog weinig aanspraak kan maken op rechten, is er een consensus gegroeid dat ook gedetineerden basisrechten hebben die door eenieder gerespecteerd moeten worden.

In België is de rechtspositie voor de verschillende categorieën gedetineerden, met inbegrip van ontoerekeningsvatbaar verklaarde geïnterneerden, op een gelijklopende manier geregeld.

De interne rechtspositie heeft betrekking op de rechten en de plichten van gedetineerden en geïnterneerden in hun opsluitingssituatie en bevat onder meer bepalingen inzake verblijfsruimte, kledij, voedsel, tucht en veiligheidsmaatregelen. De externe rechtspositie heeft betrekking op de mogelijkheden tot terugkeer uit vrijheidsberoving en de relatie individu-samenleving en bevat vooral regelingen in verband met invrijheidstelling.

De basisregels zitten vervat in:

- Wet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (de zogenaamde Basiswet) – interne rechtspositie van gedetineerden en geïnterneerden.
- Wetten van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten en houdende de oprichting van de strafuitvoeringsrechtbanken – externe rechtspositie van gedetineerden met uitsluiting van geïnterneerden.
- Wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten – externe rechtspositie van geïnterneerden (deze wet zou vervangen moeten worden door de Wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis, wanneer beslist wordt die in werking te laten treden).

2.2. Internering en geïnterneerden

Internering is een beveiligingsmaatregel die wordt opgelegd om de maatschappij te beschermen tegen personen die feiten hebben gepleegd die als strafbaar zijn omschreven, maar hen niet kunnen worden toegerekend omwille van een gebrek in hun geestsgesteldheid. Omdat in België alleen straffen kunnen worden opgelegd aan (in de regel volwassen) personen die feiten plegen die hun kunnen worden toegerekend, is een internering geen straf.

Internering kan worden opgelegd aan een persoon die:

- een feit, misdaad of wanbedrijf genoemd, heeft gepleegd;
- op het ogenblik van de berechting hetzij in staat van krankzinnigheid verkeert, hetzij in een ernstige staat van geestesstoornis of van zwakzinnigheid, die hem ongeschikt maakt voor het controleren van zijn daden (ontoerekeningsvatbaar); en
- op het moment van de beoordeling als sociaal gevaarlijk wordt beschouwd.

Deze interneringsmaatregel kan worden uitgesproken door een onderzoeksgerecht (raadkamer of kamer van inbeschuldigingstelling) of door een vonnisgerecht (correctionele rechtbank, hof van assisen). Veroordeelde gedetineerden die tijdens hun detentie in de voorwaarden van de internering komen, kunnen door de Minister van Justitie geïnterneerd worden. Over de uitvoering van de internering (plaats, modaliteiten en einde) wordt beslist door de Commissie ter Bescherming Maatschappij (CBM).

De internering heeft een dubbel doel: enerzijds wil men de geestesgestoorde delinquent verwijderen uit de maatschappij ter bescherming van de samenleving en anderzijds wil men de betrokkene 'beter maken' aan de hand van behandeling.

De duurtijd van een internering is onbepaald. De maatregel kan worden aangepast of opgeheven door de CBM.

De internering kan op verschillende manieren worden uitgevoerd. Geïnterneerden kunnen door de CBM in een inrichting geplaatst worden. Dit kan een publieke inrichting zijn of een privé-instelling (residentieel of ambulante). De publieke instellingen kunnen sorteren onder de FOD Justitie zoals de psychiatrische afdelingen van de gevangenis, de Instellingen ter Bescherming van de Maatschappij (IBM's) of Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) of onder de FOD Volksgezondheid zoals de centra geestelijke gezondheidszorg.

Een internering is géén gedwongen opname. De gedwongen opname is geregeld in een wet van 1991 en richt zich op personen die geestesziek zijn en een gevaar opleveren voor de eigen gezondheid en hun veiligheid ernstig in gevaar brengen ofwel een ernstige bedreiging vormen voor andermans leven of integriteit. Hun ziekte vereist een opname.

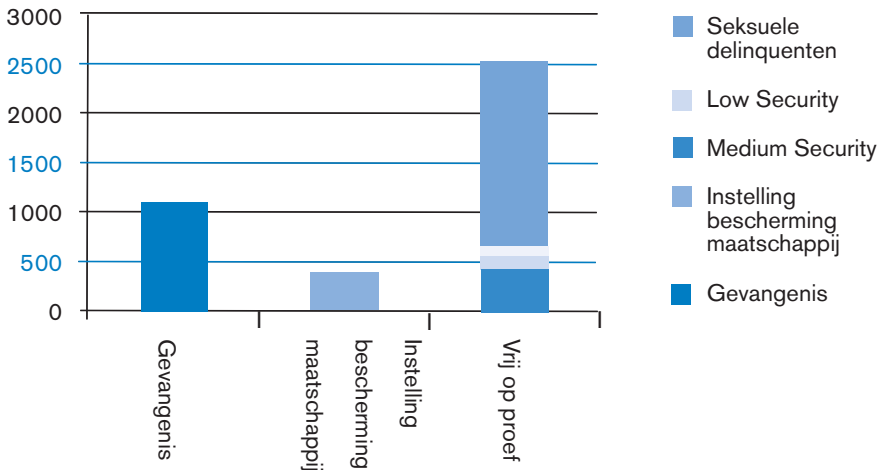
De gedwongen opname verschilt vooral van de internering omdat:

- het enkel kan worden opgelegd indien er géén feiten gepleegd zijn die wanbedrijven of misdaden genoemd kunnen worden.
- de beslissing wordt genomen door een burgerlijke rechter (vrederechter) en niet door een strafrechter.
- de opname gebeurt in een psychiatrische dienst en nooit in de gevangenis of een specifieke publieke setting.
- de gedwongen opname maximaal twee jaar duurt, maar verlengbaar is.

Het relatief aantal interneringsbeslissingen t.o.v. correctionele en criminele veroordelingen blijft stabiel.

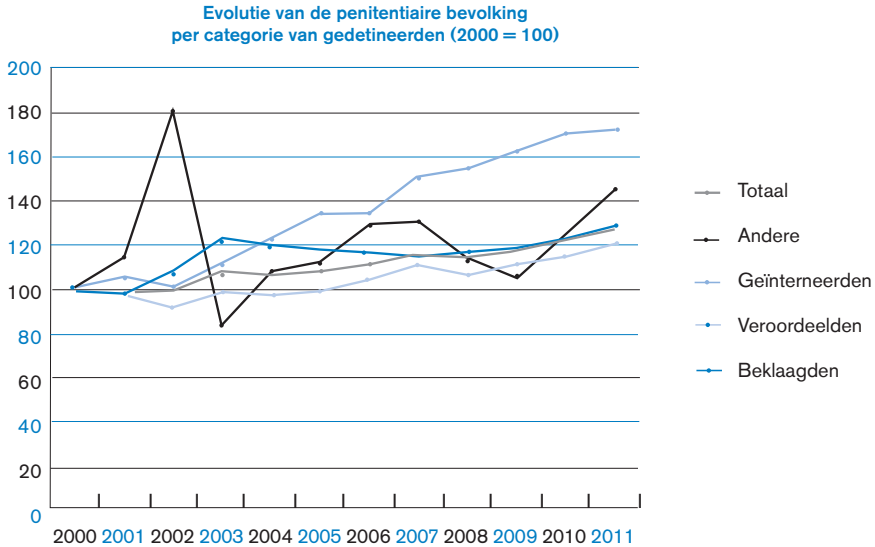
In juni 2009 waren er 4.000 geïnterneerden. Het grootste deel (70%) is vrij op proef in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ambulant of residentieel) of in een instelling sociaal verweer (Merksplas, Paifve). 26% zit in de gevangenis en 3-4% staat geseind.

Figuur 1: Verblijfplaats geïnterneerden per categorie (bron: Justitie in cijfers, 2011)



Het aantal geïnterneerden dat in de gevangenis verblijft, stijgt evenwel elk jaar, vooral omdat ‘langer’ geïnterneerd wordt (Zie Figuur 2). In het verleden was deze stijging ook merkbaar in de gevangenis. In 2000 waren er 640 geïnterneerden in de gevangenis, terwijl dit er in 2011 1.103 waren (zie Tabel 1). In Vlaanderen verblijven geïnterneerden veel vaker en langer in een gevangenis, terwijl zij in Wallonië eerder in de specifieke psychiatrische inrichtingen van de Franse gemeenschap verblijven (Doornik, Bergen).

Figuur 2: Evolutie van de penitentiaire bevolking per categorie van gedetineerden (2000=100) (bron: Justitie in cijfers, 2011)



Tabel 1: Gevangenisbevolking (bron: Justitie in cijfers, 2011)

Bevolking op 1 maart (2000-2011)

JAAR	BEKLAAGDEN	VEROORDEELDEN	GEÏNTERNEERDEN	VARIA	TOTAAL	ELEK. TOEZICHT
2000	3.023	4.900	640	125	8.688	12
2001	2.951	4.776	675	142	8.544	22
2002	3.238	4.497	644	226	8.605	167
2003	3.680	4.807	718	103	9.308	286
2004	3.614	4.713	783	135	9.245	278
2005	3.550	4.830	856	139	9.375	277
2006	3.530	5.082	862	161	9.635	337
2007	3.473	5.407	965	163	10.008	612
2008	3.527	5.193	994	144	9.858	557
2009	3.557	5.433	1.038	131	10.159	609
2010	3.712	5.606	1.089	154	10.561	928
2011	3.890	5.890	1.103	182	11.065	1.102

Geïnterneerden worden vaak ingedeeld op basis van hun risicoprofiel. In termen van behandelingsnoden wordt gesproken van low-, medium-, high-care; gerelateerd aan risico op recidive in termen van low-, medium-, high-risk en in relatie tot noodzaak van beveiliging over low-, medium-, high-security. Op dit ogenblik worden de risicotaxaties inzake low-, medium- en high-risk meestal gebaseerd op een klinische inschatting van het delictgevaar.

Low-risk

De low-risk groep stelt geen bijzondere problemen van sociale gevaarlijkheid en vertoont qua psychiatrische problematiek gemeenschappelijke kenmerken met de doorsnee bevolking van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

Naar schatting gaat dit over twee derde van de geïnterneerden in Vlaanderen.

Zij horen thuis in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit betekent dat deze patiënten kunnen participeren aan zorgtrajecten waaraan ook niet-geïnterneerde psychiatrische patiënten deelnemen. Het psychiatrisch probleem is primair, terwijl de gevaarlijkheid slechts secundair is. Momenteel is er sprake van een specialisatie van de GGZ (centrum geestelijke gezondheidszorg (CGG), beschut wonen (BW), psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)). Deze specialisatie brengt enkele risico's met zich mee. Geïnterneerden worden soms geweigerd door andere GGZ, ze worden geconfronteerd met een stigmatisering en weerstand én het gevaar dreigt dat ze plaatsen bezetten voor de medium-risk.

Medium-risk

Deze categorie wordt gekenmerkt door een hogere gevaarlijkheidsgraad maar de medium-risk groep van geïnterneerden is wel behandelbaar. De zwaarte van het delict blijft echter minder belangrijk dan de pathologie en de behandelbaarheid.

Deze personen kunnen behandeld worden binnen de reguliere GGZ, mits bijkomende beveiligingsmaatregelen worden genomen. Dit vereist afzonderlijke behandelings- en verblijfseenheden in psychiatrisch ziekenhuis (PZ), PVT, BW en CGG, het wegwerken van stigma en weerstand binnen de GGZ en een bijzondere aandacht en aanpak van verstandelijke beperking, psychose, persoonlijkheidsstoornis en minderjarige personen.

Naar schatting gaat dit om 300-400 geïnterneerden. Net als de low-risk geïnterneerden horen de medium-risk geïnterneerden niet thuis in strafinrichtingen of vergelijkbare instellingen, maar moeten ze worden ondergebracht in aangepaste voorzieningen binnen het reguliere zorgcircuit. Tot op vandaag worden veel medium-risk patiënten toch in de gevangenissen 'geparkeerd', aangezien er slechts 120 plaatsen voorhanden zijn in het reguliere zorgcircuit.

High-risk

Binnen deze groep van geïnterneerden primeert de beveiliging op de behandeling. Dit betekent dat er nood is aan een specifieke voorziening met een gesloten karakter en infrastructuur zoals de gevangenis. Zij worden geweerd uit de reguliere GGZ omwille van hun ernstige gedragsstoornissen, agressie, het grote vluchtgevaar, brandstichting, enzovoort. Dit gaat naar verluidt om 150-200 geïnterneerden die momenteel allemaal in de gevangenis verblijven. Het Masterplan Internering voorziet in de oprichting van twee Forensisch Psychiatrische Centra in Vlaanderen voor de opvang van deze categorie geïnterneerden. In dergelijke gesloten centra gaan beveiliging en behandeling hand in hand. Ondanks het streng en goed gedefinieerd systeem van beveiliging wordt de geïnterneerde behandeld als een psychiatrische patiënt, met aangepaste therapie en psychologische begeleiding zoals in een gewoon, psychiatrisch ziekenhuis. Het uiteindelijke doel is genezing zodat zij terug in de samenleving kunnen worden geïntegreerd.

Er zijn heel weinig cijfergegevens over het aantal en het profiel van geïnterneerden in België. Om het profiel te schetsen van opgesloten geïnterneerden binnen instellingen van de FOD Justitie moet worden teruggekeerd naar cijfers die in 2005 werden verstrekt door de werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit in 2005. Deze resultaten zijn echter een momentopname:

- 97% mannen
- Twee derde heeft een leeftijd tussen de 26-45 jaar
- Twee derde is in Vlaanderen geïnterneerd vóór 2000
- 76% co-morbiditeit (in 50% voor twee diagnoses, in 26% voor drie diagnoses)
- De meest voorkomende diagnoses, al dan niet gecombineerd met een andere diagnose, zijn psychotische stoornissen (Wallonië), persoonlijkheidsstoornissen (Vlaanderen) en middelengebruik of -afhankelijkheid.

2.3.1. Onderzoek

Wanneer een misdaad of wanbedrijf (= strafbaar feit) is gepleegd, doet (vooral) de politie de opsporing onder leiding van het parket (openbaar ministerie – procureur des Konings) indien het een opsporingsonderzoek betreft (90%) of van de onderzoeksrechter (10%) indien een gerechtelijk onderzoek (complexe zaken, dwangmaatregelen zoals voorlopige hechtenis) wordt gevoerd. Er bestaan geen mogelijkheden voor de politie om iets anders te doen dan de feiten vaststellen, deze te rapporteren aan het parket en eventueel voorlopige maatregelen (bv. arrestatie) te nemen. Indien de politie aanwijzingen heeft dat iemand met een geestesstoornis betrokken is, kan zij dat rapporteren. Er zijn evenwel geen procedures of afspraken om dergelijke personen in deze fase van de procedure door te verwijzen naar de hulpverlening (zoals dit bijvoorbeeld wel het geval is voor drugdelinquenten). De betrokkene kan in voorlopige hechtenis genomen worden, indien aan de voorwaarden hiervoor voldaan is. Er is dan sprake van een gerechtelijk onderzoek.

Tijdens het onderzoek kan beslist worden om een deskundige (psychiater en/of psycholoog) aan te stellen indien vermoed wordt dat een interneringsbeslissing aangewezen zou kunnen zijn. De bevoegde gerechtelijke overheden zijn vrij te beslissen wie zij als gerechtsdeskundige aanstellen. Er bestaan daarvoor geen noodzakelijke kwalificaties. De deskundige wordt gevraagd een diagnose te stellen en advies te geven over de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte: de persoon is toerekeningsvatbaar of niet. Nuances zijn niet mogelijk. Aangestelde deskundigen beslissen ook zelf volgens welke criteria zij een inschatting maken van de toerekeningsvatbaarheid.

De interneringswet voorziet in de mogelijkheid tot inobservatiestelling. Dit kan alleen in die gevallen waarin ook voorlopige hechtenis mogelijk is (i.e. de persoon wordt ervan verdacht een misdrijf te hebben gepleegd waar een gevangenisstraf van ten minste een jaar op staat en een opsluiting moet volstrekt noodzakelijk zijn voor de openbare veiligheid). De inobservatiestelling gebeurt met het oog op het stellen van een diagnose en het opmaken van een deskundig verslag over de toerekeningsvatbaarheid. De inobservatiestelling kan opgelegd worden gedurende de gehele procedure door (afhankelijk van het stadium waarin de procedure zich bevindt) de onderzoeksrechter, maar ook door de onderzoeksgerechten (raadkamer en kamer van inbeschuldigingstelling) en de vonnisrechtbanken (correctionele rechtbank, hof van beroep en hof van assisen). In de praktijk wordt dit evenwel weinig toegepast, omdat een aangepaste setting voor deze inobservatiestelling (een observatiecentrum) in België ontbreekt.

2.3.2. Beslissing

Na afronding van het gerechtelijk onderzoek, komt de zaak bij een onderzoeksgerecht (raadkamer of kamer van inbeschuldigingstelling) en wordt deze behandeld achter gesloten deuren. Er wordt beslist over het al dan niet toerekeningsvatbaar zijn. Is de verdachte volgens het onderzoeksgerecht niet toerekeningsvatbaar, kan men in

deze fase tot internering beslissen. De betrokkene kan ook buiten vervolging gesteld worden of, indien toerekeningsvatbaar, doorverwezen naar een vonnisgerecht voor een beslissing ten gronde.

Na afronding van het opsporingsonderzoek of na beslissing tot toerekeningsvatbaarheid van een onderzoeksgerecht, wordt er doorverwezen naar een vonnisgerecht. Deze rechtbank beslist over de schuld en over een eventueel op te leggen straf. Indien de persoon toerekeningsvatbaar (en dus schuldig) wordt verklaard, volgt een veroordeling tot een straf. Voor de ‘gewone misdrijfpleger’ bestaan diverse strafmogelijkheden: gevangenisstraf, geldboete, werkstraf, (probatie)uitstel en (probatie)opschorting. Indien de persoon niet toerekeningsvatbaar wordt verklaard op het moment van de berechting, staat ook dan nog de beslissing tot internering open. De interneringsbeslissing op zich bevat geen details over de wijze waarop en de plaats waar deze moet worden uitgevoerd.

Tegen de beslissing van de correctionele rechtbank kan in beroep gegaan worden bij het hof van beroep voor correctionele zaken. Tegen een arrest van het hof van assisen kan enkel cassatieberoep worden aangetekend omwille van procedurele aspecten.

2.3.3. Uitvoering

Wanneer tot internering beslist wordt, treedt de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) in actie. Zij beslist over de uitvoering van de internering. Na advies van een geneesheer bepaalt deze commissie of de geïnterneerde geplaatst wordt en zo ja, in welke inrichting (penitentiair of privé (residentieel-ambulante)), of de geïnterneerde vrij op proef wordt gesteld, of de geïnterneerde moet overgebracht worden, of hij in vrijheid wordt gesteld, modaliteiten zoals beperkte detentie, verlof, uitgangspermissie, uitstel van beslissing en de voorlopige bewindvoerder. Een interneringsmaatregel is van onbepaalde duur. De geïnterneerde heeft het recht om elke zes maanden voor de CBM te verschijnen met een vraag tot invrijheidstelling.

Indien de geïnterneerde vrij is op proef, wordt hij begeleid door de justitiehuisen. De betrokken inrichtingen of de Dienst Justitiehuisen maken op een aantal vaste tijdstippen en naargelang ze het nodig achten een verslag op van het verloop van de maatregel bij de geïnterneerde die vrij is op proef.

De Minister van Justitie kan omwille van veiligheidsredenen ook de overbrenging eisen, maar dan moet hij daar de CBM onmiddellijk van op de hoogte stellen. Bij hoogdringendheid kan de voorzitter een beslissing nemen, maar deze wordt daarna bevestigd of veranderd door de CBM.

Tegen de beslissing van de CBM kan in hoger beroep gegaan worden bij de Hoge CBM voor wat betreft het al dan niet in vrijheid stellen. Tegen deze beslissing kan door de advocaat van de geïnterneerde ook beroep aangetekend worden bij het hof van cassatie.

2.4. Actoren

2.4.1. Vonnisgerechten en onderzoeksgerechten

Vonnisgerechten zijn rechtbanken:

- die nagaan of het feit dat het voorwerp uitmaakt van de vervolging onder de toepassing van de strafwet valt,
- die nagaan of dit feit bewezen is en ten laste van de vervolgte persoon kan worden gelegd,
- die ten aanzien van de betrokkene uitspraak doen.

Voorbeelden hiervan zijn de politierechtbank, de correctionele rechtbank, het hof van beroep, het hof van assisen, het hof van cassatie en de jeugdrechtbank.

De bewijsvoering voor het vonnisgerecht is mondeling, tegensprekelijk en openbaar. Uiteindelijk beslist de rechtbank in een gemotiveerd vonnis of arrest.

Onderzoeksgerechten zijn rechtbanken die tijdens het gerechtelijk onderzoek toezien op het verloop van het onderzoek en die, na het beëindigen van het onderzoek, de verdachte kunnen doorverwijzen naar een vonnisgerecht. De onderzoeksgerechten kunnen ook als vonnisgerechten optreden bij internering en de internering gelasten van een geestelijk gestoorde verdachte.

De onderzoeksgerechten zijn de raadkamer (rechtbank van eerste aanleg) en de kamer van inbeschuldigingstelling (hof van beroep).

2.4.2. Commissie ter Bescherming Maatschappij (CBM)

De geïnterneerde komt onder de bevoegdheid van een CBM die instaat voor de opvolging van de internering. Het is deze commissie die de geïnterneerde genezen verklaart en de vrijlating gelast.

In België zijn er acht CBM's met een territoriale bevoegdheid per hof van beroep, waarvan de werking onderling verschilt. Elke commissie bestaat uit een voorzitter-magistraat, een psychiater en een advocaat. De zitting gebeurt achter gesloten deuren in de gevangenis voor opgesloten geïnterneerden en in een gerechtsgebouw voor geïnterneerden vrij op proef. De verschijning gebeurt op verzoek, ten minste om de zes maanden. Naast de drie leden nemen ook de Procureur des Konings (met adviserende functie), de gevangenisdirecteur en de vertegenwoordigers van de reclaseringsdiensten deel aan de zitting. De geïnterneerde of voor internering in aanmerking komende verdachte dient ook te verschijnen en wordt bijgestaan door een raadsman (deze kan pro deo worden aangesteld).

De CBM's hebben volgende taken:

- de opvolging van de toestand van een geïnterneerde;
- het aanwijzen van een inrichting waar de internering dient plaats te vinden;
- het gelasten van de inrichting waar de internering plaatsvindt;
- het toestaan van een stelsel van beperkte vrijheid aan een geïnterneerde;
- het toevoegen van een voorlopig bewindvoerder aan een geïnterneerde die de goederen van de geïnterneerde beheert;
- het toestaan van de definitieve invrijheidstelling en/of vrijlating op proef van een geïnterneerde;
- het geven van advies nopens de opportuniteit van de internering van veroordeelden;
- zich uitspreken over de reïntegratie van een geïnterneerde die vrij gelaten werd op proef.

Hoger beroep is mogelijk tegen beslissingen van de CBM's bij de Hoge CBM, te Vorst door het openbaar ministerie of de geïnterneerde. Tegen de beslissing van de Hoge CBM is beroep bij het hof van cassatie mogelijk.

2.4.3. Justitiehuisen

In het kader van de voorlopige invrijheidsstelling, de beperkte detentie en het elektronisch toezicht kan aan de justitieassistenten gevraagd worden een maatschappelijk enquête te houden met het oog op de toekenning ervan aan een geïnterneerde. Na een positief advies oefenen justitieassistenten, in de schoot van de justitiehuisen, de sociale voorgedij¹ uit op de veroordeelden en geïnterneerden. Zij volgen ook op of de in vrijheid gestelde zijn voorwaarden naleeft.

2.4.4. Zorgequipe

Zorgequipes ontstonden in 2007 en zijn oorspronkelijk gegroeid vanuit de Psycho-Sociale Diensten (PSD). Deze behoren nu tot de medische dienst binnen de gevangenis. Hun taak bestaat erin te zorgen voor de therapeutische opvang van gedetineerden met een psychiatrische aandoening. Ze bestaan uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk assistent, een psychiatrisch verpleegkundige, een ergotherapeut, een kinesitherapeut en een opvoeder. Momenteel is er ongeveer één zorgequipe per 40 geïnterneerden.

1 Sociale voorgedij behelst naast het controleren of de opgelegde voorwaarden nageleefd worden, vooral een sociale begeleiding van op proef in vrijheid gestelde geïnterneerden (zie Casselman, J., Cosyns, P., Goethals, J., Vandenbroucke, M., De Doncker, D. & Dillen, C. (1997). *Internering*. Leuven: Garant.)

HOOFDSTUK 3

De Forensisch Psychiatrische Centra, interneringwet(ten) en andere regelgeving: een kritische reflectie

Henri Heimans

3.1. Inleiding

Het hoeft geen betoog dat de mogelijkheden om geïnterneerden op te nemen in een therapeutisch verantwoorde omgeving die ook veiligheid biedt, in Vlaanderen zeer beperkt zijn en dat er de laatste decennia door het beleid weinig is ondernomen om een einde te stellen aan de gekende schrijnende toestanden. Voor veel geïnterneerden is hun situatie uitzichtloos.

In de klassieker ‘De zin van het bestaan’¹ wordt het verlies aan ‘innerlijke greep’ bij ex-gevangenen van de concentratiekampen beschreven, een beschrijving die zeker ook geldt voor geïnterneerden: de geïnterneerde weet niet hoelang hij onder de vrijheidsbenemende maatregel moet leven. De duur van de internering is niet alleen onbepaald maar daarbovenop ongelimiteerd. De geïnterneerde leidt dan ook een *‘tijdelijk bestaan van onbeperkte duur’*. De onzekerheid omtrent het einde van de maatregel knaagt voortdurend en is ondraaglijk, zeker voor ontregelde geesten. In tegenstelling tot mensen die een ‘normaal’ leven leiden hebben de geïnterneerden dikwijls elk levensdoel verloren omdat de maatregel die op hen wordt toegepast voor hen eindeeloos kan lijken. Ze komen terecht in een vreemde tijdservaring vol kwellingen en een gevoel van levensloosheid. Velen geven dan ook de moed op, omdat ze denken geen enkel vat meer te hebben op de toekomst en laten dan maar alle hoop varen.

1 FRANKL, V. E., ‘De zin van het bestaan’, Rotterdam, Ad. Donker, 9^e druk 2005.

De internering is ongeveer het zwaarste middel dat het Belgische juridische systeem tot haar beschikking heeft. En dat schept voor de overheid verplichtingen ter bescherming van de maatschappij én van de geïnterneerden zelf. Dit is nu net het probleem: het is volstrekt onduidelijk wat die verplichtingen dan wel zijn en hoe die wettelijk verankerd zijn of zouden moeten worden. De criteria die leiden tot internering of tot de beëindiging ervan zijn onduidelijk. Wat er tijdens het interneringstraject met de patiënt moet gebeuren, is onduidelijk. Waar de patiënt best geplaatst wordt, is onduidelijk. Waarom op welke plaats is onduidelijk. Hoe de patiënt kan bijdragen aan zijn eigen verbetering, is onduidelijk. Zijn rechtspositie is onduidelijk. Het doel van de behandeling en de middelen die daartoe moeten aangewend worden zijn onduidelijk. Respectvolle omgang met de patiënt is niet gegarandeerd. Voldoende deskundig personeel is niet gegarandeerd. Diagnostische procedures en forensische expertiseverslagen zijn niet gestandaardiseerd en zijn niet onderworpen aan kwaliteitsnormen. Persoonlijkheidstesten en risicotaxatie-instrumenten zijn evenmin gestandaardiseerd. Behandelingsmethodes en hun effectiviteit worden voortdurend in vraag gesteld. (Her)Scholing van behandelaars, adviesverstrekkers, begeleiders en beslissingsnemers is, op enkele uitzonderingen na, afwezig. Reïntegratie in de samenleving verloopt uiterst moeizaam. Interesse voor forensische patiënten in de geestelijke gezondheidszorg is niet overal aanwezig. Anderzijds is er een onmeetbare én belangeloze humanitaire inzet waar te nemen bij een groot aantal gedragswetenschappers en juristen om geïnterneerden dag in dag uit respectvol te begeleiden en te behandelen en hen hoop te geven op een menswaardiger bestaan, zelfs in uiterst moeilijke omstandigheden. Al tientallen jaren ontbreekt er echter bij tal van beleidsmakers interesse voor deze specifieke groep en is enige lange-termijn-visie afwezig.

Aan de rechtspractici, zowel advocaten, procureurs als rechters zou ik de boodschap willen meegeven dat een interneringsmaatregel bepleiten, vorderen of uitspreken nooit een banaliteit of automatisme mag zijn, want de maatregel heeft dikwijls zware consequenties en de gevolgen van de maatregel zijn niet te overzien.

3.2. Lacunes in de wet

Mensen met ernstige psychiatrische problemen, met verstandelijke of neurologische beperkingen in alle vormen en gradaties, die daarenboven - soms een banaal - misdrijf hebben gepleegd, zijn vaak ontredderd en kunnen zich zonder intensieve begeleiding over het algemeen moeilijk handhaven in de maatschappij. Het is toch merkwaardig hoe weinig de wetgever heeft stilgestaan bij de problematiek van de strafrechtelijke aansprakelijkheid van een persoon die geacht wordt ontoerekeningsvatbaar te zijn, ook bij de totstandkoming van de nieuwe interneringswet van 21 april 2007. Enerzijds moet bewezen worden verklaard dat de dader het als misdrijf omschreven feit heeft gepleegd, maar anderzijds wordt gesteld dat hij zodanig aangetast is door een gees-

tesstoornis dat hij niet kan ‘gestraft’ worden. Want om te worden bewezen verklaard, moeten de wezenlijke elementen van het misdrijf bewezen worden, waaronder het moreel element van het opzet, algemeen en/of bijzonder. Hier knelt het juist: de geesteszieke dader heeft soms geen besef van normen en waarden of is zodanig gestoord dat hij *niet wetens en willens* een als misdrijf omschreven feit pleegt. Toch kan hij geïnterneerd worden nadat deze feiten bewezen zijn verklaard. De grens tussen opzet en toerekeningsvatbaarheid is soms moeilijk te trekken.

Wat is het onderscheid tussen opzet en schuld? Is een geestelijke stoornis per se een reden om iemand niet te straffen? Wat is het doel van ons strafrecht? Hoe verhoudt het strafrecht zich tot de gedragswetenschappen? Welke rol moet hierbij ingenomen worden door de neurowetenschappen? Wat is de omvang, de aard en de ernst van de psychische moeilijkheden en/of stoornissen? Zijn er biologische oorzaken van antisociaal gedrag? Wat is het onderscheid tussen gestoord gedrag en delictgedrag? Welke risicotaxatiemethoden kunnen/moeten gehanteerd worden? Welke plaats neemt het forensisch psychodiagnostisch onderzoek in?²

3.3. Lacunes bij de verantwoordelijken

Wat op zijn minst mag verwacht worden van alle juridische en psychiatrische actoren die de interneringsbeslissing voorafgaan of die de beslissingen nemen, m.a.w. de onderzoekers bij politie en het gerecht (parketmagistraten en onderzoeksrechters), de psychiatrische deskundigen, de onderzoeks- en /of vonnisgerechten, is het nastreven van de grootst mogelijke nauwkeurigheid in het vooronderzoek, zowel op het vlak van de feiten als op het vlak van de wetenschappelijke omschrijving van de stoornis. Wanneer de interneringsmaatregel wordt uitgevoerd, speelt de aard van de feiten een aanzienlijke rol bij het vinden van een aangepaste therapeutische setting voor de betrokkene omdat de potentiële behandelaars in de zorgcircuits soms een verkeerd beeld kunnen krijgen van de anamnese van de feiten, voortspruitend uit een gebrekkig feitelijk onderzoek. Deze bezorgdheid geldt evenzeer voor de forensische psychiatrische deskundigen die op het ogenblik van het afsluiten van hun onderzoek niet altijd kennis hebben van alle feitelijke gegevens van het onderzoek en daardoor verkeerde conclusies kunnen trekken. Een goede communicatie tussen diegene die het onderzoek leidt en de forensische deskundige tijdens het vooronderzoek is daarom van essentieel belang.

2 Over al deze boeiende onderwerpen (en nog veel meer), één aanrader: *“Reizen met mijn Rechter, Psychologie van het Recht”*, een verzameling van talrijke traktaten onder de redactie van de professoren en onderzoekers Peter J. van Koppen, Harald Merckelbach, Marko Jelicic en Jan W. de Keijser, Kluwer, Deventer 2010.

3.4. Wetenschappelijk draagvlak

Een ander belangrijk knelpunt is de wetenschappelijke gegrondheid van de psychiatrische diagnose die gesteld wordt ten aanzien van een dader van strafbare feiten. Veel ziekten, syndromen, stoornissen en aandoeningen hebben historisch wisselende posities ingenomen tussen wat ‘neurologie’ en ‘psychiatrie’ heet³ en de visie omtrent geestesziekten evolueert voortdurend. Denken we maar aan de hedendaagse, uiteenlopende visies omtrent de thema’s psychopathie en ontoerekeningsvatbaarheid, die tot op heden veel stof opleveren voor discussie en vaak uiteenlopende standpunten genereren.⁴ Over de smalle grens tussen ‘normaal’ en ‘abnormaal’ evolueert de wetenschap ook voortdurend. In ‘Onze Hersenen’ maakt professor René Kahn⁵ duidelijk dat stoornissen in gedrag, denken en emoties niet anders, vreemder en al helemaal niet ‘gekker’ zijn dan lichamelijke afwijkingen. Hij stelt dat vreemd gedrag plotseling niet vreemd meer is wanneer men begrijpt wat eraan ten grondslag ligt. Hij is van oordeel dat hoe meer onze hersenen hun biologische geheimzinnigheid zullen prijsgeven, des te beter we zullen inzien dat vreemd gedrag, veranderde emoties, gekke gedachten en extreme gevoelens variaties zijn op de normale functie van het brein. De kennis over de relatie tussen de werking van de hersenen en afwijkend crimineel gedrag is een boeiende, snel evoluerende wetenschap, waarmee de rechtspractici moeten leren omgaan.

Van rechters wordt verwacht dat zij verantwoorde en gemotiveerde beslissingen nemen, na gefundeerd advies te hebben ingewonnen van wetenschappers, hierbij tevens rekening houdend met de terechte belangen en verzuchtingen van slachtoffers, met de fundamentele mensenrechten van de in verdenking gestelden én met de beoogde maatschappelijke veiligheid. In het gehele interneringstraject is de samenwerking tussen psychiatrie en recht(vaardigheid) voortdurend aanwezig in een wankel evenwicht, en dit in alle stadia van de procedure. Nieuwe juridische instrumenten worden geïntroduceerd maar de invulling ervan blijft een uitermate delicate evenwichtsoefening.

Meestal weten ook de delinquenten die lijden aan een of meerdere geestesstoornissen zelf niet wat hen overkomt bij een internering en wat hun verder lot zal worden, terwijl de slachtoffers van misdrijven gepleegd door geïnterneerden – bij gebrek aan informatie – dikwijls ook verkeerd inschatten wat een interneringsmaatregel inhoudt en wat de gevolgen ervan zijn.

3 DRAAISMA, D., hoogleraar theorie en geschiedenis van de psychologie aan de Rijksuniversiteit te Groningen, *“Ontregelde Geesten”*, Groningen, Historische Uitgeverij, 2006.

4 HARE Robert D. *“Gewetenloos. De onrustbarende wereld van de psychopaten onder ons”*, Rijswijk, Elmar, 2003.

NYS, J., *“Is de psychopaat ontoerekeningsvatbaar?”*, niet-gepubliceerde studie van Jurgen Nys, klinische psycholoog-deskundige en lid van de PSD in de strafinrichting te Brugge, 2006.

5 KAHN, R., *“Onze Hersenen, Over de smalle grens tussen normaal en abnormaal”*, hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Utrecht en afdelingshoofd psychiatrie aan het Universitair medisch Centrum te Utrecht, Amsterdam, Uitgeverij Balans, 2007. Hij onderzocht o.m. de biologische aspecten van angststoornissen en schizofrenie.

En laat ons steeds de woorden van Patrick Coupechoux⁶, die één jaar lang onderzoek gevoerd heeft in de Franse wereld van de psychiatrie en tot aangrijpende vaststellingen kwam, indachtig zijn: *‘Le fou est l’exclu par excellence. Gênant pour le bon fonctionnement social, perturbant pour notre vision de la norme, le fou fait peur. Exilé... Enfermé... Pourtant, il appartient à l’humanité et l’interroge. Humain, si humain.’*

3.5. De nieuwe interneringswet van 21 april 2007 komt er (nog) niet

Hier is geen ruimte voor een fundamentele juridische, criminologische, sociologische, penologische, psychologische, psychiatrische of rechtsvergelijkende studie over de problematiek van de ontoerekeningsvatbare delinquent. Al herhaaldelijk vroeg ik me ook af of er nog hoop is voor de geïnterneerden^{7 8}.

De nieuwe wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen die lijden aan een geestesstoornis^{9 10} heeft een zeer lange voorgeschiedenis van jaren werkzaamheden van vele commissies en adviesorganen gekend, maar is in de eerste plaats een

-
- 6 COUPECHOUX, P. 'Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux.' Editions du Seuil, Paris 2006.
- 7 In het themanummer 'Internering, Eindelijk met zorg behandeld?' van Orde van de Dag, Criminaliteit en Samenleving, afl. sept., Kluwer, Antwerpen 2001 werd een overzicht gegeven van de diverse standpunten, naar aanleiding van de komende debatten over het toenmalig voorontwerp dat op tafel lag, als juridische vertaling van de conclusies van de Commissie Delva met o.m.:
- Heimans H. 'Is er nog hoop voor geïnterneerden?'
 - Bollen P. 'Van vrijblijvende reflexie tot concrete actie. Recente beleidsinitiatieven tegen de verwaarlozing van geïnterneerden'
 - Vandenbroucke M. 'Internering ter discussie'
 - Casselman J. 'Begint er licht te schijnen aan het einde van de duistere tunnel'
 - Dillen C. 'Zinvolheid van de nieuwe richtlijnen en initiatieven rond internering. Het standpunt van een psychiatrisch-forensisch deskundige'
 - Martin V. 'Internering in Vlaanderen of het verhaal van een gemiste kans'
 - Van Steenbrugge W. 'De internering van delinquenten met een geestesstoornis. Enkele beschouwingen bij het voorontwerp van wet, in het licht van artikel 6 van het EVRM-verdrag.'
- 8 HEIMANS, Henri 'Nieuwe interneringswet uitgesteld... doet hoop nog leven?' De Juristenkrant, 16 april 2008, fasc. 167, 14.
- 9 Belgisch Staatsblad van 13 juli 2007.
- 10 Kamer van volksvertegenwoordigers. Stukken: DOC 51 2841 (2006/2007):001: Wetsontwerp. - 002: Amendementen. - 003: Amendementen. - 004: Verslag namens de commissie. - 005: Tekst aangenomen door de commissie. - 006: Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat. Zie ook: Integraal verslag: 1 maart 2007. Senaat. Stukken: 3-2094-2006/2007: 001: Ontwerp overgezonden door de Kamer. - 002: Amendementen. - 003: Verslag namens de commissie. - 004: Tekst verbeterd door de commissie. - 005: Tekst aangenomen in plenaire vergadering en aan de Koning ter bekrachtiging voorgelegd. Zie ook: Handelingen van de Senaat: 29 maart 2007.

teleurstellende procedurewet geworden die de gronden tot internering vastlegt en de uitvoering van deze beveiligingsmaatregel in niet minder dan 157 artikelen in detail regelt, naar analogie met de wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten. Vijf en een half jaar na publicatie wordt de inwerking-treding van de nieuwe interneringswet opnieuw voor twee jaar uitgesteld tot 1 januari 2015!¹¹

Zeer terecht herhaalde de Raad van State¹² vorige adviezen dat het, uit het oogpunt van de werkwijze voor het uitwerken van rechtsregels, getuigt van een weinig gelukkige keuze om de datum van inwerkingtreding van een wet telkens te verdagen en dan nog ver in de toekomst. Dit is uit democratisch oogpunt niet gezond om een gestemde, afgekondigde en gepubliceerde wet niet te laten inwerking treden. De feitelijke omstandigheden, of zelfs de opvattingen die heersten toen een tekst is aangenomen, kunnen immers veranderen tussen deze twee tijdstippen, in die mate dat de wijziging ervan zelfs vóór de inwerkingtreding ervan noodzakelijk kan blijken, wat er uiteindelijk toe kan leiden dat teksten worden uitgewerkt die nooit in werking treden. Deze handelswijze kan eveneens met zich meebrengen dat diegenen voor wie de aangenomen regels bestemd zijn, zich onmogelijk naar behoren kunnen voorbereiden op de inwerkingtreding.

Ondertussen is iedereen het er stilaan over eens dat deze nieuwe wet inhoudelijk heel wat mankementen bevat die moeten *gerepareerd* worden¹³. Verschillende initiatieven werden hiertoe genomen door zowel de opeenvolgende ministers van Justitie als door parlementairen, maar vooral door tal van actoren uit het werkveld van Zorg en Justitie. Zoals heel de wordingsgeschiedenis van de opeenvolgende interneringswetten, blijkt Justitie dit moeizaam proces zeer gebrekkig te besturen.

De nieuwe regelgeving wijzigt echter niet fundamenteel de reeds bestaande interneringsmaatregel, die al werd ingevoerd door de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten, integraal vervangen door de wet van 1 juli 1964.

11 Artikel 157 van de wet van 21 april 2007 zoals vervangen bij artikel 31 van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen betreffende Justitie (Belgisch Staatsblad van 31.12.2012).

12 Zitting 2012-2013. Kamer van volksvertegenwoordigers: Stukken. - Wetsontwerp, 53-2572/001. - Amendementen, 53-2572/002. - Verslag, 53-2572/003. - Tekst aangenomen door de commissie. (art. 77 van de Grondwet), 53-2572/004. - Tekst aangenomen door de commissie. (art. 78 van de Grondwet), 53-2572/005. - Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat. (art. 77 van de Grondwet), 53-2572/006. Integraal verslag. - 19 en 20 december 2012. Senaat: Stukken. - Ontwerp overgezonden door de Kamer van volksvertegenwoordigers, 5-1903 - Nr. 1 - Verslag, 5-1903. Nr. 2. - Tekst aangenomen in plenaire vergadering en aan de Koning ter bekrachtiging voorgelegd, 5-1903 - Nr. 3. Handelingen van de Senaat: 21 december 2012.

13 F. VERBRUGGEN en J. GOETHALS, '*Van kommercommissie naar kwelrechtbank? De vernieuwing van de internering (en de TBS)*', Recht in beweging, 2008, 359-378.

2.6. Toekomstige voorzieningen

Vlaanderen kent een zeer ruime waaier aan therapeutische en sociale voorzieningen die ook geïnterneerden opvangen en begeleiden¹⁴. Op het terrein wordt intens gewerkt aan de uitbouw van zorgnetwerken, onder meer door Zorgnet Vlaanderen.¹⁵ Ook twee Forensische Psychiatrische Centra worden gepland; de bouw van het FPC te Gent is volop bezig en zal vermoedelijk af zijn in het voorjaar 2014. Het gebrek aan visie in het beleid maakt echter dat dit laatste positieve nieuws ook enorm veel vraagtekens oproept op het vlak van uitbating en financiering. Jaren na de ontwikkeling van het concept van de FPC's zijn de federale overheden van Justitie en Volksgezondheid het nog steeds niet eens geworden over de te hanteren personeelsnormen en de verdeelsleutel voor de te dragen lasten in deze nieuwe soort voorziening¹⁶. Uitgaande van de gedachte dat het FPC een zorgvoorziening mét beveiliging moet worden, blijven tot op heden tal van knelpunten onopgelost: het concept van de binnenstructuur van het gebouw is vertrokken van een gevangenis met zorg, geen enkele visie is door de overheid al ontwikkeld omtrent de in- en uitstroom van de geïnterneerden in de FPC's (wie zal er verblijven, met welk profiel, van waar komen ze en waar worden ze naartoe geleid?), noch over behandelmodellen, opleiding en rekrutering van gespecialiseerd personeel, of over de manier waarop de geïnterneerden 'geselecteerd' zullen worden. Hoe zal de opening gefaseerd gebeuren? Een uitbater van het FPC is nog steeds niet aangeduid en tot op heden (januari 2013) is zelfs nog geen aanbestedingsprocedure uitgeschreven¹⁷.

Ondanks de inspanningen die worden geleverd door de sector van de geestelijke gezondheid¹⁸, blijven de mogelijkheden om geestesgestoorde delinquenten op te vangen in aangepaste voorzieningen nog totaal ontoereikend¹⁹ en dagelijks doen zich nog zeer schrijnende situaties voor bij gebrek aan behandeling van geïnterneerden, een moderne welvaartstaat onwaardig.

Reeds meer dan twaalf jaar geleden werden drie belangrijke principes vooropgesteld met het oog op de zorg en behandeling van geestesgestoorde delinquenten²⁰:

14 Zie o.m. 'Sociale Landkaart', *Informatiewijzer van Federale en Vlaamse voorzieningen*, Brugge, Vanden Broele, 2007, maar ook de recente publiekwebsite rond geestelijke gezondheid www.geestelijkgezondvlaanderen.be.

15 *Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie*, voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden, Zorgnet Vlaanderen, Brussel 2012.

16 Zie schriftelijke vraag van senator Bert Anciaux nr. 5-6122 op 24 april 2012 aan de minister van justitie <http://www.senate.be/www/?Mlva=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=6122&LANG=nl>

17 zie ook www.pfpcg.be

18 BOERS A, VANDEVELDE S, SOYEZ V, DE SMET S en TO W T, 'Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België', Panoticon, 2011.2, blz. 17-38, Maklu 2011.

19 J. CASSELMAN e.a., 'Internering in Vlaanderen anno 2010: ondanks het goede nieuws nog steeds menonwaardig' in I. AERTSEN e.a., *Deviant wetenschap*. Het domein van de criminologie, Liber Amicorum Johan Goethals, Louvain, La Haye, 2011, 237-247.

20 BOGAERT T. en JANSSENS P. 'Internering doorgelicht, gevolgtrekking verplicht', FATIK jrg 18, nr. 86, p.15, Liga voor Mensenrechten, Gent 2000.

- elke geïnterneerde heeft recht op een behandeling aangepast aan zijn geestesstoornis;
- de kwaliteit van de behandeling binnen een penitentiair milieu moet evenwaardig zijn aan de behandeling binnen een psychiatrische of verzorgingsinstelling;
- de behandeling moet kunnen plaatsvinden in een omgeving die zo weinig mogelijk restrictief is.

Omdat zorg, behandeling en beveiliging een moeilijke combinatie uitmaakt, werd gepleit voor samenwerkingsverbanden tussen Justitie, Volksgezondheid en de Gemeenschappen. Justitie zou verantwoordelijk blijven voor de uitvoering van rechterlijke beslissingen en de beslissingen van de Commissies tot Bescherming van de Maatschappij, later de strafuitvoeringsrechtbanken, terwijl Volksgezondheid bevoegd zou worden voor de zorg en behandeling van geestesgestoorde delinquenten en de Gemeenschappen voor hun sociale reïntegratie en verdere hulpverlening.

Een geïntegreerd netwerk van zorgcircuits werd vooropgesteld²¹. Maar het blijft wachten op Godot. Of het licht begint te schijnen in de duisternis is nog een open vraag.

Het is nog onzeker of de juridische hervorming ook gedragen zal worden door budgettaire inspanningen van de diverse overheden om een beter zorgaanbod voor geïnterneerden te organiseren dat ook aan de gewettigde verzuchtingen van slachtoffers tegemoet komt én de beveiliging van de samenleving vrijwaart.

3.7. De Forensisch Psychiatrische Centra en de wetgeving

3.7.1. Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens

Krachtens artikel 5.1 e) (*Recht op vrijheid en veiligheid*) van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden van 4 november 1950 (EVRM), goedgekeurd bij wet van 13 mei 1955, *heeft eenieder het recht op persoonlijke vrijheid en veiligheid. Niemand mag van zijn vrijheid worden beroofd, behalve in de navolgende gevallen en langs wettelijke weg:*

... ..

e) in het geval van rechtmatige gevangenhouding van personen die een besmettelijke ziekte zouden kunnen verspreiden, van geesteszieken, van verslaafden aan alcohol of verdovende middelen of van landlopers.

21 COSYNS P. 'Internering: een doorbraak in het herzieningsproces van de wet', Panopticon jrg 1999, afl.4, p. 316, Maklu, Antwerpen 1999.

Opdat de vrijheidsberoving van een geesteszieke rechtmatig zou zijn, is vereist dat een objectieve en medische expertise heeft aangetoond dat er in hoofde van betrokkene een reële en voortdurende mentale stoornis bestaat die van die aard is dat zij de opsluiting rechtvaardigt. Bovendien mag de vrijheidsberoving niet langer duren dan noodzakelijk, en moet de betrokkene in vrijheid worden gesteld zodra hij terug gezond is (zie onder meer E.H.R.M. 24 oktober 1979, *Winterwerp/Nederland* en tal van latere arresten van het Europees Hof).

Overeenkomstig artikel 5.1.e) van het EVRM dient de geesteszieke die van zijn vrijheid wordt beroofd, opgesloten te worden in een ziekenhuis of een gelijkaardige instelling die aangepast is aan de bijzondere behoeften van geesteszieken en voorziet in een geschikte behandeling (zie o.m. E.H.R.M. 30 juli 1998, *Aerts/België*).

Bovenstaand principe waarbij een geïnterneerde enkel mag opgesloten worden in een voorziening die voldoende aangepast is om de nodige therapeutische zorgen te verstrekken, werd nogmaals uitdrukkelijk en met klem herhaald in de recente arresten van het EHRM van 2 oktober 2012 (*Bouden/België*) en 10 januari 2013 (*Claes/België*). In dit laatste arrest oordeelde het Europees Hof zelfs dat door de lange opsluiting zonder zorg aangepast aan zijn stoornis en mentale toestand, de betrokkene werd onderworpen aan onmenselijke of vernederende behandelingen in de zin van artikel 3 van het EVRM en België werd andermaal veroordeeld wegens deze wantoestand²².

Vermits de geïnterneerden in de FPC's zullen verblijven in een hoog beveiligde omgeving²³, vallen ze onder de categorie van geesteszieke personen die opgesloten zijn, m.a.w. van hun vrijheid beroofd, zodat de FPC's inzake inrichting, personeelsnormen en organisatie zullen moeten beantwoorden aan voormelde criteria ontwikkeld door de Europese rechtspraak en een voldoende geschikte behandeling zullen moeten aanbieden.

Voorop het vlak van personeelsnormen, zal voldoende kwaliteit moeten gegarandeerd worden, zoniet zal het (langdurig) vrijheidsbenemend verblijf van de geesteszieken aldaar, als een onrechtmatige opsluiting moeten aanzien worden in strijd met artikel 3 en 5.1.e) van het E.V.R.M.

Waakzaamheid is dan ook geboden bij het verstrekken van de financiële middelen aan de toekomstige uitbaters van de FPC's teneinde voldoende én gekwalificeerd personeel te kunnen aanwerven.

22 www.echr.coe.int

23 Zie website van de ontwerper van het FPC te Gent: www.absis-architecten.be

3.7.2. Plaatsing versus vrijstelling op proef

Nu de nieuwe interneringswet van 21 april 2007 voor twee jaar werd uitgesteld, zal het FPC te Gent vermoedelijk open gaan en de eerste geïnterneerden opnemen, op een ogenblik dat de oude wet van 9 april 1930 tot Bescherming van de Maatschappij, zoals vervangen door de wet van 1 juli 1964 (afgekort WBM), nog steeds van kracht is. Het zullen dan ook de juridische instrumenten uit deze wet zijn, die zullen moeten aangewend worden.

Onderhavige beschouwingen houden dan ook geen rekening met de nieuwe bepalingen van de wet van 21 april 2007 die hoe dan ook nog aangepast worden²⁴.

Zoals hierboven aangehaald is de opname in een FPC een vrijheidsberovende maatregel die niet kan geïmplementeerd worden door een maatregel van vrijstelling op proef (artikel 18 WBM), maar enkel door een plaatsing, zoals hierna omschreven.

Artikel 14 WBM bepaalt: *‘De internering vindt plaats in een inrichting aangewezen door de commissie tot bescherming van de maatschappij. Zij wordt gekozen uit de inrichtingen georganiseerd door de regering. De commissie kan evenwel, om therapeutische redenen en bij speciaal met redenen omklede beslissing, de plaatsing en bewaring gelasten in een inrichting, die daarvoor geschikt is uit het oogpunt van veiligheid en verzorging. De geschikte instellingen die geïnterneerden opnemen, kunnen daarvoor een subsidie ten lasten van het budget van de Staat krijgen. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de categorieën van geïnterneerden voor wie de instellingen recht op die subsidie hebben, evenals de regels voor de toekenning van die subsidie.’*

De FPC's kunnen – ruim geïnterpreteerd – vallen onder deze omschrijving van inrichtingen, die daarvoor geschikt zijn uit het oogpunt van veiligheid en verzorging. Anderzijds kan men stellen dat ze inrichtingen zijn die georganiseerd worden door de ‘regering’ in die zin dat de overheid het concept ervan organiseert en de uitbating ervan uitbesteedt aan een externe, mogelijks privaatrechterlijke rechtspersoon, bij middel van een concessieovereenkomst voor openbare dienstverlening; de uitbating is dan wel in handen van een privaatrechtelijke rechtspersoon, geschikt zoals in artikel 14WBM omschreven. De financiering zal – althans volgens voormelde bepalingen – bij koninklijk besluit moeten vastgelegd worden.

Zonder enige twijfel zijn de FPC's inrichtingen sui generis met een bijzonder statuut, die dan ook best als dusdanig in de wet worden vermeld. In een reparatietekst van de nieuwe interneringswet van 21 april 2007 worden de FPC's uitdrukkelijk opgenomen in de opsomming van de ‘inrichtingen’ onder artikel 3.

Het behoort alleszins toe aan de plaatsende instantie (Commissie tot Bescherming van de Maatschappij (CBM) of later strafuitvoeringsrechtbank) om te beslissen waar

24 Algemene Beleidsnota Justitie d.d. 27.12.2012, De Kamer Doc. 53 2586/027.

de geïnterneerde wordt geplaatst en dus niet aan de penitentiaire administratie, noch aan de rechterlijke overheid die tot internering heeft beslist, noch aan de voorziening waar de geïnterneerde verblijft.

Als de geïnterneerde zich op het ogenblik van de interneringsbeslissing in voorhechtenis bevindt, blijft hij in de gevangenis opgesloten, weliswaar in een psychiatrische afdeling, totdat de CBM een geschikte inrichting aanwijst (art. 14 WBM in fine).

3.7.3. Observatie van de geïnterneerde

Krachtens artikel 14 WBM kan de Commissie tot Bescherming van de Maatschappij die zich moet uitspreken over de aanwijzing van de geschikte inrichting, vooraf het advies inwinnen van het oriëntatiecentrum dat door de Koning zal worden ingesteld. Deze bepaling heeft betrekking op de ‘selectie’ van de geïnterneerden: wie zal naar de FPC's toegeleid worden en op basis van welke criteria? De wet regelt niets over criteria en het Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum (POKO) met het statuut van wetenschappelijke inrichting van de Staat, dat o.m. de CBM zou kunnen adviseren, werd op papier opgericht²⁵ maar in realiteit nooit georganiseerd. Anderzijds is de inobservatiestelling in de psychiatrische afdelingen van gevangenis- en inrichtingen, zoals voorzien in artikel 1 WBM voor verdachten die in voorhechtenis verkeren, in de praktijk ook nooit concreet georganiseerd bij gebrek aan een POKO.

De nieuwe interneringswet van 21 april 2007 (inwerkingtreding uitgesteld tot 2015) voorziet in artikel 6 ook een systeem van inobservatiestelling in penitentiair milieu met het oog op psychiatrische expertise in de fase van het vooronderzoek (vooral voor de internering wordt besloten) maar ook dit nieuwe systeem is volledig inhoudsloos en gebrekkig geregeld.

In de huidige stand van de wetgeving is de CBM in de keuze van een geschikte inrichting dan ook aangewezen op haar eigen beoordeling, desgevallend ondersteund door de inhoud van het reeds bestaande, dikwijls niet geactualiseerde, deskundigenonderzoek (uit het vooronderzoek) en een advies van de (onderbemande) Psycho-Sociale Dienst van de penitentiaire inrichting. Alvorens tot een beslissing te komen, kan de CBM, overeenkomstig artikel 16 WBM, ook het advies inwinnen van een door haar gekozen geneesheer (lees forensische deskundige), een praktijk die in de CBM Gent af en toe wordt toegepast.

Ideaal zou zijn dat tijdens de gerechtelijke fase van de internering, dus tijdens het vooronderzoek, de verdachte die in voorhechtenis verkeert, ter observatie wordt opgenomen op de observatieafdeling van een FPC, met het oog op de uitvoering van een multidisciplinair, forensisch psychiatrisch en psychologisch onderzoek. In deze

²⁵ Koninklijk besluit van 19 april 1999 (B.S. 08.05.1999).

observatieafdeling zouden een aantal ‘justitie’-bedden kunnen gereserveerd worden voor verdachten in voorhechtenis. Tekstvoorstellen werden hiertoe uitgewerkt om de nieuwe interneringswet van 21 april 2007 aan te passen, alsook om het wetboek van strafvordering aan te vullen met een bepaling (art. 603 bis) krachtens dewelke in FPC’s verdachten ter observatie in voorhechtenis zouden kunnen opgesloten worden, overeenkomstig de wet van 20 juli 1990 betreffende de voorlopige hechtenis. Indien achteraf de verdachte wordt geïnterneerd, kan de reeds uitgevoerde observatie bijdragen tot een snellere verwijzing naar een aangepaste behandel eenheid of -voorziening.

3.7.4. Plaatsing versus onderhandelde plaatsing

Krachtens de wet heeft de CBM dus de exclusieve bevoegdheid om de instelling aan te wijzen waar de geïnterneerde moet opgenomen worden. Deze logica kan leiden tot het verplichtend karakter ten opzichte van een voorziening om een geplaatste geïnterneerde op te nemen. Het delicate probleem van de opnameplicht heeft in de praktijk reeds geleid tot hevige juridische betwistingen. De sector van de Geestelijke Gezondheidszorg wenst in geen geval onderworpen te worden aan een opnameplicht maar engageert zich wel om aangepaste zorgcircuits te realiseren²⁶ in zoverre de bevoegde overheden de nodige financiële middelen voorzien. In heel bijzondere schrijnende situaties ‘forceerden’ bepaalde CBM’s reeds plaatsingen tegen de wil in van de inrichtende macht van de voorziening, gedreven onder meer door therapeutische noodwendigheden en gesteund door de Europese rechtspraak (zie hoger). Bepaalde rechtbanken (kortgedingrechtters en rechtbanken ten gronde) aanvaardden reeds deze gedwongen plaatsingen en veroordeelden de inrichtende macht tot betaling van een dwangsom per dag van niet-uitvoering van een gedwongen plaatsing²⁷, alhoewel de veroordeelde inrichtende macht argumenteerde dat hun inrichting niet de geschikte infrastructuur noch behandelomgeving ter beschikking had om een geïnterneerde met een bepaald profiel in behandeling te nemen. De opnameplicht is een heikele kwestie die niet adequaat wordt opgelost in de huidige WBM noch in de toekomstige interneringswet van 21 april 2007. Het voorstel is geformuleerd om in de nieuwe wet een systeem te voorzien van ‘*onderhandelde plaatsing*’ waarbij de inrichting zich akkoord verklaart met de opname van de geïnterneerde.

Het opnamebeleid in de FPC’s zal hoe dan ook de resultante moeten zijn van een overleg tussen de plaatsende instanties en de inrichtende macht van de FPC’s die het best geschikt is de behandelingsmogelijkheden in te schatten, in functie van de beschikbare plaatsen per specifieke observatie- of behandel eenheid. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de externe zorgcoördinator, bij de CBM’s reeds toegevoegd (artikel 120 wet van 21 april 2007) door de FOD Justitie of voor de netwerkcoördinator die vanuit Volksgezondheid zal aangeduid worden. Wat absoluut moet

²⁶ Nota Zorgnet Vlaanderen d.d. 29.08 2012.

²⁷ Voorbeeld: Rechtbank van eerste aanleg te Brussel (22° kamer) d.d. 02.10.2012.

voorkomen worden bij de opening van de FPC's, is een politiek van 'blinde' plaatsingen door de CBM's, later strafuitvoeringsrechtbanken, zonder overleg onder elkaar en die geen rekening houdt met de capaciteit en behandel mogelijkheden van de FPC's, zodat lange, niet te beheren wachtlijsten ontstaan en waardoor de beslissingen van de plaatsende instanties neerkomen op virtuele plaatsingen die niet kunnen uitgevoerd worden, tenzij onder druk van de rechtelijke macht, na tussenkomst van de burgerlijke hoven en rechtbanken. De niet-uitvoering van rechterlijke beslissingen van plaatsing is zeer problematisch.

Naar mijn oordeel is dit de meest dringende aangelegenheid die de komende maanden juridisch dient geregeld te worden.

In de huidige stand van de wetgeving (oud en nieuw) hebben de FPC's dus geen zeggenschap in een beslissing tot plaatsing, doch dienen ze wel een doorstroming naar het externe zorgcircuit te garanderen. Het lijkt niet ondenkbaar dat er ook tot plaatsing beslist wordt wanneer men wil nagaan of een geïnterneerde behandelbaar is en of een zorgtraject mogelijk is. In dat geval kan een doorstroming niet gegarandeerd worden. Wie kan immers garanderen dat de pathologie te behandelen is, dat een behandeling zal aanslaan en dat een volgend traject mogelijk is? Bovendien stelt de vraag zich op welke juridische basis deze geïnterneerde dan verwijderd zal worden? Zeker krachtens de nieuwe wet is 'zomaar' een overplaatsing of terugplaatsing in de gevangenis niet vanzelfsprekend en hoe dan ook onderworpen aan een logge procedure.

3.7.5. Verdere uitvoeringsmodaliteiten van de internering

3.7.5.1. Overplaatsing

Eénmaal geplaatst in een FPC kan de CBM, ambtshalve, op verzoek van de procureur des Konings, van de geïnterneerde of van zijn advocaat, de overbrenging (lees overplaatsing) van de geïnterneerde naar een andere inrichting gelasten (artikel 15 WBM). Het verzoek van de geïnterneerde of van zijn advocaat kan om de zes maanden hernieuwd worden (ook voormeld art. 15).

Strikt gezien kan het FPC dus zelf geen overplaatsing aanhangig maken, maar niets staat in de weg om aan de CBM een vraag te richten om een overplaatsing ambtshalve aanhangig te maken.

Wanneer de CBM beslist om een geïnterneerde over te plaatsen of te verwijderen uit een inrichting waar hij geplaatst is, doet zij geen uitspraak over een verzoek tot invrijheidstelling, zodat tegen een dergelijke beslissing geen hoger beroep of cassatieberoep open staat²⁸.

28 Cass. 23 juni 1981, arr. cass 1980-81, 1236.

3.7.5.2. Beperkte vrijheid

Krachtens artikel 15 WBM kan de CBM voor de geïnterneerde een stelsel van beperkte vrijheid toestaan; de voorwaarden en modaliteiten worden geregeld bij artikel 142 en 143 van het ministerieel besluit van 12 juli 1971 houdende algemene instructie voor de strafinrichtingen (niet gepubliceerd).

De beperkte vrijheid is een modaliteit van uitvoering van de interneringsmaatregel waarbij aan betrokkene de gelegenheid wordt gegeven om tijdens zijn opsluiting buiten de inrichting professionele taken uit te voeren of een opleiding te volgen. Aan geïnterneerden wordt dan toegestaan om de inrichting tijdens de dag te verlaten voor de tijd die nodig is voor de activiteiten. Het is de bedoeling de geïnterneerde voor te bereiden op zijn maatschappelijke reïntegratie.

3.7.5.3. Andere uitvoeringsmodaliteiten

Andere uitvoeringsmodaliteiten zoals uitgaanspermissies (zonder overnachting buiten de inrichting), verloven (met overnachting buiten) en elektronisch toezicht, zoals voorzien in de nieuwe interneringswet van 21 april 2007, worden in de WBM niet geregeld, maar uitgaanspermissies, al dan niet onder begeleiding, en verloven worden thans zeer regelmatig door de CBM's toegestaan.

3.7.5.4. De invrijheidstelling

De CBM kan, overeenkomstig artikel 18 van de WBM, de geïnterneerde voorgoed of op proef in vrijheid stellen, wanneer zijn geestestoestand voldoende verbeterd is en de voorwaarden van zijn reclassering vervuld zijn. Bij afwijzing van een dergelijke vraag van de geïnterneerde, kan hij deze na zes maanden hernieuwen.

De vrijstellingsvoorwaarden, met name *'wanneer zijn geestestoestand voldoende verbeterd is en de voorwaarden van zijn reclassering vervuld zijn'*, worden door de CBM's (althans van Gent) ruim geïnterpreteerd, in die zin dat een vrijstelling op proef ook wordt toegekend, zodat een therapie in een residentiële of ambulante voorziening binnen de geestelijke gezondheidszorg kan worden opgestart, m.a.w. op een ogenblik dat de geestestoestand van de betrokkene nog een therapeutische begeleiding vereist. Deze werkwijze zal een doorstroming moeten mogelijk maken vanuit de FPC's naar de andere voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg.

3.7.5.5. Procedures

De te volgen procedures (volgens WBM) bij het nemen van de beslissingen omtrent de uitvoeringsmodaliteiten van de internering, in relatie met plaatsingen in een FPC, worden hierna slechts zeer kort opgesomd omdat men mag verwachten dat deze grondig zullen aangepast worden bij de inwerkingtreding van de nieuwe (herwerkte) interneringswet van 21 april 2007.

- Inzake plaatsingen en overplaatsingen wordt door de CBM beslist na de directeur of de geneesheer van de inrichting te hebben gehoord, alsook de procureur des Konings, de geïnterneerde en zijn advocaat (art. 16 WBM); het dossier wordt vier dagen vóór de zitting ter inzage gegeven aan de advocaat van de geïnterneerde (op het secretariaat van de CBM of in de inrichting);
- De CBM houdt zich op de hoogte van de toestand van de geïnterneerde en kan zich naar de plaats van de internering begeven of deze taak aan een van haar leden opdragen (art. 18 WBM);
- In dringende gevallen kan de voorzitter van de CBM voorlopig de overbrenging naar een andere inrichting (art. 17 WBM) of een voorlopige invrijheidstelling gelasten (art. 18 WBM). Zijn beslissing wordt voorgelegd aan de voltallige Commissie die tijdens haar eerstvolgende zitting uitspraak doet. In de praktijk worden zeer dikwijls voorzittersbeslissingen genomen met betrekking tot alle hierboven vermelde uitvoeringsmodaliteiten;
- Ter voorbereiding van een vrijstelling, een uitgaansvergunning of een verlof kan de CBM een maatschappelijke enquête of een beknopt voorlichtingsverslag laten opmaken door de Dienst Justitiehuisen;
- De procureur des Konings kan zich binnen de vier dagen na de beslissing van de CBM verzetten tegen een vrijstelling en zijn beslissing doen betekenen aan de geïnterneerde door de directeur van de inrichting (art. 19 WBM);
- De geïnterneerde wordt door de directeur van de inrichting binnen de twee dagen in kennis gesteld van de afwijzing van een verzoek tot invrijheidstelling en de advocaat van de geïnterneerde kan binnen de vijftien dagen na deze kennisgeving hoger beroep instellen (art. 19bis WBM);
- De verzetten en hoger beroepen worden behandeld door de Hoge CBM zetelend in de gevangenis van Sint-Gillis (art. 19 en 19bis WBM);
- De op proef vrijgestelde geïnterneerden worden onderworpen aan een begeleiding en controle van de Dienst Justitiehuisen (art. 20 WBM)²⁹ die een eerste maal binnen de maand en nadien ten minste om de zes maanden verslag uitbrengt over de betrokkene; belangrijk is hierbij te vermelden dat de ‘geplaatste’ geïnterneerden niet onder de bevoegdheid vallen van de Dienst Justitiehuisen en over hen dan ook niet door deze dienst kan gerapporteerd worden. Wie zou er dan moeten rapporteren aan de CBM? De inrichting zelf, wat problematisch kan zijn voor de FPC's die een therapeutische vertrouwensband met de geïnterneerden opbouwen...;
- Voor de invrijheidstelling (op proef of definitief) van seksuele delinquenten is voorafgaandelijk een advies vereist van een erkende dienst gespecialiseerd in hun behandeling (art. 20bis WBM);

29 Zie ook het K.B. van 13 juni 1999 houdende organisatie van de dienst justitiehuisen van het Ministerie van Justitie (B.S. 29.06.1999).

- Is in de gedragingen of geestestoestand van de in vrijheid gestelde een gevaar voor de maatschappij waarneembaar, met name wanneer hij de hem opgelegde voorwaarden niet naleeft, dan kan hij op vordering van de procureur des Konings opnieuw in de psychiatrische afdeling van een gevangenis worden opgenomen (art. 20 WBM); belangrijk is hierbij te vermelden dat de FPC's hier niet vernoemd worden, zodat in de huidige stand van de regelgeving een geïnterneerde die bijvoorbeeld vrij op proef is gesteld in een forensische kliniek, niet rechtstreeks kan teruggestuurd worden naar een FPC, indien zijn therapeutische begeleiding in de kliniek problematisch wordt, maar eerst zal moeten terugkeren naar de gevangenis;
- Voor geïnterneerden die onbekwaam worden geacht om hun goederen te beheren, kan de CBM het initiatief nemen om een voorlopige bewindvoerder aan te stellen of te laten aanstellen: is de geïnterneerde geplaatst in een inrichting, dan kan de CBM een personeelslid van de voorziening aanstellen; de CBM kan ook steeds door de vrederechter een derde laten aanstellen als voorlopige bewindvoerder (art. 29 en 30 WBM).

Andere relevante wettelijke bepalingen en regelgevingen.

- *De wet van 5 augustus 1992 op het politieambt*³⁰ voorziet dat de politiediensten toezicht houden op de geesteszieken die hun gezondheid en veiligheid ernstig in gevaar brengen of die een ernstige bedreiging vormen voor het leven en de lichamelijke integriteit van anderen. Zij beletten dat zij ronddwalen, vatten hen en lichten onmiddellijk de procureur des Konings in. Zij vatten diegenen die hen gemeld zijn als ontvlucht uit de psychiatrische dienst waar zij in observatie waren gesteld of waren weerhouden overeenkomstig de wet en houden ze ter beschikking van de bevoegde overheden (art. 18). Zij houden toezicht op de geïnterneerden die hun gemeld zijn als met verlof of op proef vrijgesteld op beslissing van de bevoegde CBM en vatten de ontvluchte geïnterneerden (art. 19). De politiediensten hebben ook als opdracht gevangenen uit hun plaats van opsluiting te halen om ze te brengen naar de rechterlijke overheden en ze aldaar te bewaken (art. 23); belangrijk is hierbij te vermelden dat de FPC's hier niet vernoemd worden, zodat in de huidige stand van de regelgeving de politiediensten niet bevoegd zijn om geïnterneerden over te brengen van en naar de FPC's, naar en van de hoven en rechtbanken of gevangenissen.
- *De wet tot regeling van de private en bijzondere veiligheid gewijzigd door de wetten van 18 juli 1997, 9 juni 1999, 10 juni 2001, 25 april, 7 mei, 27 december 2004, 2 september 2005, 8 juni, 27 december 2006, 1 maart 2007, 22 december 2008, 28 april 2010 en 29 maart 2012*³¹ regelt de private bewakingsopdrachten waaraan eventueel de bewakingscomponenten van de FPC's zullen moeten voldoen.

³⁰ Belgisch Staatsblad van 22.12.1992.

³¹ Belgisch Staatsblad van 19.05.1990, 28.08.1997, 29.07.1999, 19.07.2001, 03.06.2004, 31.12.2004, 27.09.2005, 09.06.2006, 28.12.2006, 14.03.2007, 29.12.2008, 10.05.2010 en 30.03.2012.

- De wet van 25 juli 1893 betreffende de verklaringen van hoger beroep of van voorziening in verbreking van de gedetineerde of geïnterneerde personen³² en het Koninklijk besluit nr. 236 van 20 januari 1936 tot vereenvoudiging van sommige vormen van de strafvordering ten opzichte van gedetineerden³³ voorzien dat de gevangenisadministratie bepaalde handelingen op zich neemt inzake processtukken (betekeningen, beroepsakten, enz...), omdat de opgesloten geïnterneerden zelf geen vrij verkeer hebben van komen en gaan; voor de FPC's is er voorlopig niets voorzien.
- Het Koninklijk besluit van 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen³⁴ en de wet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden zijn natuurlijk niet van toepassing op de organisatie van de FPC's, maar toch zal er een regeling moeten getroffen worden voor o.m. het sociaal statuut van de geïnterneerden, verblijvende in een FPC³⁵, voor de briefwisseling, het gebruik van telefoon en andere elektronische communicatiemiddelen door geïnterneerden, het bezoek van familieleden, van derden en van advocaten, voor de uitoefening van de eredienssten en niet-confessionele dienstverlening en religieuze en morele bijstand, voor geneeskundige diensten, voor bewaakt vervoer van geïnterneerden, voor de toegangscontrole tot de FPC's, voor een intern reglement, voor een klachtenrecht, en nog voor tal van andere domeinen.
- Hoe de wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 en de uitgebreide Vlaamse regelgeving betreffende de programmatie, erkenning en sluiting van (psychiatrische) zorgvoorzieningen en de kwaliteitszorg, zich zal verhouden tot de FPC's blijft ook nog een open doch prangende vraag.
- De toepassing van wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt³⁶ op de geïnterneerde patiënten die in de FPC's verblijven zal nader moeten geïmplementeerd worden.

Deze niet-limitatieve opsomming van regelgevingen die geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn of worden op de FPC's en hun bewoners toont aan welk kluwen van wetgeving nog moet geïmplementeerd worden vooraleer deze sui generis inrichtingen open gaan.

32 Belgisch Staatsblad van 28.07.1893.

33 Belgisch Staatsblad van 31.01.1936.

34 Belgisch Staatsblad van 25.05.1965.

35 Zie i.v.m. de problematiek het grondig onderzoek, Sociale Zekerheid van (ex)gedetineerden en hun verwanten, gevoerd door Guido Van Limberghen, Véronique van der Plancke en Myriam Bodart, die Keure, Brugge, 2008.

36 Belgisch Staatsblad van 28.09.2002.

3.8. Conclusie

Op reglementair en wetgevend vlak dient nog enorm veel gerealiseerd te worden vóór het voorjaar 2014 om de werking van de FPC's te faciliteren en te optimaliseren.

Het is niet zeker dat de beleidsmakers zich hiervan bewust zijn en grote twijfel is hier op zijn plaats, rekening houdend met de traagheid waarmee decennia lang, aan een tempo van de processie van Echternach, een hedendaags en humaan interneringsbeleid wordt uitgestippeld.

HOOFDSTUK 4

Behandeling van geïnterneerden

Wing Ting To, Stefaan De Smet, Anja Boers & Stijn Vandevelde

De effectiviteit van het merendeel van het behandel aanbod voor geïnterneerden is volgens het Nederlandse Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2012) niet grondig wetenschappelijk onderbouwd en onderzocht en dus weinig evidence-based. Evidence-based werken is echter essentieel om behandelingen te kunnen aanbieden waarvan op grond van wetenschappelijk onderzoek het beste resultaat mag verwacht worden. Voor de behandeling van geïnterneerden is er een gebrek aan wetenschappelijke studies over de effectiviteit van deze behandelingen waardoor het doen van empirisch gefundeerde uitspraken hierover bijna onmogelijk is (Blackburn, 2004; Hodgins & Müller-Isberner, 2000; Rice & Harris, 1997). Hodgins en Müller-Isberner (2000) zijn van mening dat dit proces van evidence-based werken op gang kan worden gebracht door beroep te doen op beschikbare wetenschappelijke kennis en op de rijkdom aan klinische ervaring.

Huidige behandelingen steunen op interventies waar enige empirische ondersteuning voor bestaat ('best evidence'), alsook op interventies die deskundigen als optimaal achten ('best practice') en in het werkveld frequent toepassen ('state of the art') (EFP, 2012). In Nederland verzamelde het EFP deze interventies en ontwikkelde ze zorgprogramma's die een overzicht bieden van het zorgaanbod voor geïnterneerden, gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke en professionele kennis. We verwijzen graag naar de verschillende zorgprogramma's van het EFP: <http://www.efp.nl/project/zorgprogrammas-de-forensische-psychiatrie>.

In dit deel van het boek trachten we de 'best evidence', 'best practice' en 'state of the art' in België te bundelen op basis van de beschikbare literatuur en de resultaten van het Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) dat aan de Hogeschool Gent werd uitgevoerd. Dit onderzoek had als doel voorstellen te formuleren met betrekking tot de (inhoudelijke en meer vormelijke) invulling van het therapeutische behandelprogramma voor de Forensisch Psychiatrisch Centra (FPC's) in Vlaanderen. Het onderzoeksproject werd opgesplitst in verschillende deelstudies.

De eerste deelstudie bracht het zorgaanbod voor geïnterneerden in België in kaart. Dit gebeurde aan de hand van interviews met 29 medewerkers uit 18 verschillende forensische instellingen in België en via de analyse van beschikbare documenten van en over de instellingen. Onder meer de psychotherapeutische benaderingen, het behandelplan en de invloed van de justitiële context op de behandeling van geïnterneerden werden bevraagd. Uit dit onderzoek werd duidelijk dat er tussen de verschillende forensische instellingen in België heel wat verschillen bestaan met betrekking tot de organisatie en inhoud van de behandeling voor geïnterneerden. Met de opening van de Forensisch Psychiatrische Centra is er echter nood aan eenduidige en bruikbare aanbevelingen.



Voor een verslag van het volledige onderzoek in artikelvorm verwijzen we naar Boers, A., Vandeveldde, S., Soyez, V., De Smet, S., & To, W.T. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panoptica*, 32(2), 17-38.

In de tweede deelstudie werden de standpunten van een groep van (inter)nationale experts over de organisatie en inhoud van de behandelingen in de toekomstige Forensisch Psychiatrische Centra herhaaldelijk bevraagd via de Delphi methode met als doel te komen tot een gemeenschappelijke expertenvisie. De Delphi methode is een vorm van een kwalitatieve consensusmethode en wordt door Linestone en Turoff (2002) omschreven als een methode voor het structureren van een groepscommunicatieproces, waarbinnen een groep van individuen, als geheel, kan omgaan met een complex probleem. Zij situeren de bruikbaarheid van de Delphi methode verder vooral bij een probleem dat zich niet leent tot het gebruik van precieze analytische technieken, maar eerder voordeel kan halen uit subjectieve beoordelingen op een collectieve basis. Een anonieme online-vragenlijst werd gebruikt, waarbij de experts onafhankelijk van elkaar hun mening konden geven. In de vragenlijst werden stellingen naar voren geschoven over behandeldoelen, classificatie van subgroepen, diagnostiek en assessment, behandeling, therapeutische benadering, evidence-based werken, personeel en de samenwerking met andere instellingen. De antwoorden van de experts werden in elke ronde geanalyseerd, samengevat en in de volgende ronde teruggekoppeld. Het iteratieve karakter van de bevraging biedt de experts een kans om hun mening te herzien in het licht van de groepsopinie (Linestone & Turoff, 2002). De studie wees op een grote overeenstemming binnen het Delphi panel over de organisatie en inhoud van de behandeling voor geïnterneerden in een Forensisch Psychiatrisch Centrum gezien de consensus voor 80% van de stellingen. Meningsverschillen werden gevonden bij de stellingen over de gelijkwaardigheid van de verschillende behandeldoelen, bij de stellingen over de classificatie van geïnterneerden in subgroepen en bij een aantal stellingen over de behandeling.



Voor een verslag van het volledige onderzoek in artikelvorm verwijzen we naar To, W. T., Vandeveldde, S., Soyez, V., De Smet, S., Boers, A., & Vanheule, S. (2012). Treatment perspectives on interned mentally ill offenders in a forensic psychiatric center (FPC): a Delphi study on experts' opinions. *Psychology, Crime & Law*, 0(0), 1–17. doi:10.1080/1068316X.2012.736511

In de derde deelstudie werden vijf instellingen waar medium- en/of high-risk geïnterneerden verblijven diepgaander bestudeerd door middel van participerende observatie en de afname van interviews. Om de behandelingen van geïnterneerden ‘van binnen uit’ op een directe manier waar te nemen, te ervaren en beter te begrijpen startte deze deelstudie met een periode van participerende observatie. Verder werd het perspectief van de geïnterneerden en hun begeleiders op de behandeling in kaart te gebracht door hen te bevragen via een half-gestructureerd interview. De interviews gingen in op het behandelverleden, het behandeltraject, het behandelklimaat, de inhoud van de behandeling en het perspectief op de toekomst.

Op basis van de resultaten van bovenstaande studies werd met de leden/experten van de stuurgroep van het PWO-project een focusgroep gehouden, waarbij gefocust werd op een aantal relevante thema’s voor de organisatie en zorg in een FPC.

Dit hoofdstuk start met een schets van de verschillende perspectieven voor de behandeling van geïnterneerden: het forensisch perspectief (4.1.1), het theoretische perspectief (4.1.2.) en het psychotherapeutisch perspectief (4.1.3.). Daarna wordt er ingegaan op de eigenlijke behandeling (4.2.).

Elk deel is grotendeels op dezelfde manier opgebouwd. Eerst worden elementen op basis van de beschikbare literatuur (‘best evidence’) en de ‘the state of the art’ in België (deelstudie 1 en 3) kort samengevat. Vervolgens worden de bevindingen resulterend uit de bevraging van de experts (‘best practice’) (Delphi studie en focusgroep met experts) gerapporteerd. De perceptie van de geïnterneerden en hulpverleners van de onderzochte instellingen worden weergegeven door middel van letterlijke citaten. Afhankelijk van het perspectief waarop de bevindingen zijn gebaseerd wordt telkens een specifieke lay-out gehanteerd. Zo wordt het perspectief van de experts (i.e. de resultaten uit de Delphi studie en uit de focusgroep) telkens in het blauw gepresenteerd en staan de ‘letterlijke’ stellingen uit de Delphi studie steeds in een kader. Verder wordt het perspectief of de letterlijke citaten van geïnterneerden, begeleiders en medewerkers telkens cursief aangeduid.

4.1. Verschillende perspectieven

In dit deel bespreken we verschillende perspectieven bij de behandeling van geïnterneerden: (1) forensisch perspectief, (2) theoretisch perspectief en (3) psychotherapeutisch perspectief.

4.1.1. Forensisch perspectief

Zoals beschreven in voorgaande hoofdstukken heeft de interneringsmaatregel twee doelstellingen. Naast het behandelen van de geïnterneerde, is het ook een beschermingsmaatregel. Niet alleen moet er een veilige therapeutische omgeving gecreëerd worden om behandeling mogelijk te maken, de maatschappij dient ook beschermd of beveiligd te worden voor mogelijk delictgevaar.

Veiligheid

Veiligheid vormt een belangrijk onderdeel in de forensische zorg en onderscheidt zich hierin van de algemene geestelijke gezondheidszorg. Forensische zorg is dus steeds 'beveiligde' of 'beveiligende' zorg, waarbij het adjectief 'beveiligend' aangeeft dat het voornamelijk om zorgverlening gaat en niet enkel om beveiliging zonder meer (Tervoort, 2010).

Beveiliging bestaat uit drie gerelateerde beveiligingsaspecten die belangrijk zijn in het uittekenen van behandelplannen voor geïnterneerden en in de organisatie van de instelling: (1) omgevings- of materiële beveiliging, (2) procedurele beveiliging en (3) relationele beveiliging (Kennedy, 2002).

Het eerste aspect van beveiliging, de omgevings- of materiële beveiliging, omvat de beveiliging van het gebouw en de materiële zaken die bijdragen tot meer veiligheid, zoals een zware omheining, beveiligde deuren, camera's en afzonderingsruimtes.

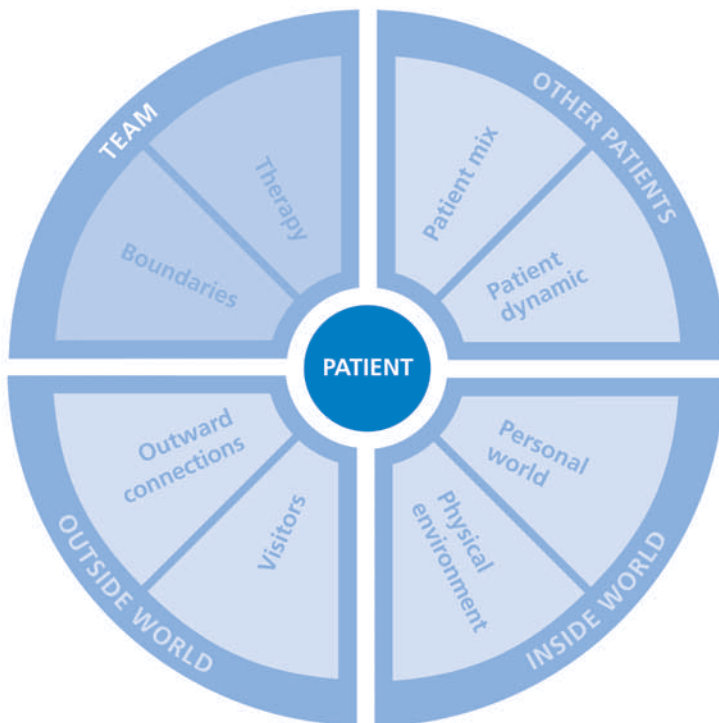
Het tweede beveiligingsaspect, de procedurele beveiliging, heeft betrekking op procedures en afspraken gericht op veiligheid, zoals regels rond uitgangen en contacten met de buitenwereld.

Het laatste beveiligingsaspect, de relationele beveiliging, wordt beschouwd als de meest belangrijke van de drie in een beveiligde zorgsetting. Het leunt dichterbij de kwaliteit van de zorg en gaat over het beveiligen op basis van gedetailleerde kennis over de patiënt en de vaardigheden om met die kennis te komen tot een gepaste reactie vanuit de hulpverlening. Het is dus meer dan het opbouwen van een goede (vertrouwens-) relatie tussen de geïnterneerde en de hulpverleners. Hierbij spelen kwaliteit (bv. vaardigheid om te anticiperen op gevaar) en kwantiteit (bv. goede staf/patiënt-verhouding) van het personeel een belangrijke rol. De beveiligingsdoelstelling wordt

gerealiseerd door hulpverleners die voortdurend het actueel risico op probleemgedrag inschatten en daarop reageren door het aanpassen van de omstandigheden, zoals het beperken van vrijheid en intensiever toezicht en controle. Bij signalen van ontsporing worden geïnterneerden zonodig teruggeplaatst naar een meer beveiligde omgeving.

Het Ministerie van Volksgezondheid van het Verenigd Koninkrijk publiceerde hieromtrent een gids tot relationele beveiliging (Department of Health, 2010). Deze gids beschrijft vier domeinen die hulpverleners helpen bij het in stand houden van relationele veiligheid, namelijk de behandeling van het hele team ('team'), de andere patiënten op de afdeling ('other patients'), de innerlijke wereld van de patiënten ('inside world') en de connecties die de patiënten hebben met de buitenwereld ('outside world'). Elk domein wordt verder opgedeeld in twee aspecten. Volgende Figuur 1 (Department of Health, 2010) visualiseert de vier domeinen en de verschillende aspecten.

Figuur 1: Diagram van relationele veiligheid (Department of Health, 2010)



De acht dimensies helpen de hulpverlener te focussen op wat het behandelend team kan doen om een beter zicht te krijgen op de relationele veiligheid en welke stappen ze kunnen ondernemen om deze te verbeteren. Het eerste domein ('team') gaat over de behandeling en de houding van het gehele team en over het stellen en bewaken van grenzen. Het tweede domein ('other patients') handelt over het effect van de mix van patiënten en de dynamiek in de groep. Het derde domein ('inside world') gaat over

de gevoelswereld van de patiënt en de fysieke omgeving van de afdeling. Het vierde domein ('outside world') gaat over de impact van bezoekers en de contacten buiten de afdeling. Een aantal criteria als richtlijnen voor een goede relationele veiligheid op de verschillende domeinen zijn opgenomen in onderstaande tabel (Tabel 1).

Tabel 1: Criteria als richtlijnen voor een goede relationele veiligheid op vier domeinen (Department of Health, 2010)

<p>Domein 'team':</p> <ul style="list-style-type: none">- De afdeling heeft een doel, filosofie en kernwaarden die patiënten en personeel kennen- Patiënten en personeel begrijpen wat het bewaken van duidelijke grenzen betekent en waarom het zo belangrijk is- We zoeken naar gelegenheden om de behandeling te versterken in alles wat we met de patiënten doen- ... <p>Domein 'other patients':</p> <ul style="list-style-type: none">- We weten hoe patiënten denken over de andere patiënten- We zijn waakzaam op mogelijkheden van het samenspannen tussen patiënten en kunnen plannen detecteren die de veiligheid kunnen aantasten- Patiënten en staf communiceren met elkaar over de afdelings sfeer- ... <p>Domein 'inside world':</p> <ul style="list-style-type: none">- We kunnen een verband leggen tussen de voorgeschiedenis van de patiënt en een plausibele reactie op mogelijke triggers- We herkennen de factoren van herval van iedere patiënt en zijn waakzaam voor de mogelijkheid dat de patiënten hun verslechtering in hun geestelijk welzijn trachten te verbergen- We vinden dat de omgeving ons toelaat om te gaan met onze patiënten en dat patiënten een positieve relatie kunnen aangaan met andere- ... <p>Domein 'outside world':</p> <ul style="list-style-type: none">- Er is een management plan voor alle begeleide uitgangen of afwezigheden- Patiënten begrijpen dat er gevolgen zijn aan ontvluchtingen- We begrijpen dat het denkbaar is dat sommige bezoekers de behandelplannen en resocialisatie van de patiënten kunnen ondermijnen en stellen gepaste daden om dit aan te pakken- ...

De veiligheid binnen de zorg van geïnterneerden kan volgens Cosyns (2005, 2012) ingedeeld worden in drie niveaus van veiligheidsgraad: lage, matige en hoge veiligheidsgraad (zie ook Hoofdstuk 2). De Forensisch Psychiatrisch Centra (FPC's) bestaan uit eenheden met matige en hoge veiligheidsgraad. Eenheden met een lage veiligheidsgraad komen overeen met eenheden die aanwezig zijn in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. De dimensie 'veiligheidsgraad' van centra of eenheden is verder een statisch gegeven, terwijl de 'gevaarlijkheidsgraad' of terugvalrisico van de geïnterneerde een dynamisch en situationeel gegeven is en kan evolueren doorheen de behandeling (Cosyns, 2005, 2012). In de praktijk hanteren instellingen doorgaans

een gefaseerd vrijhedenplan dat deel uitmaakt van het behandelplan van de geïnterneerde, waarbij geïnterneerden stap voor stap meer vrijheid verwerven, afgestemd op hun terugvalrisico op dat moment.

In dit verband bevestigen de experts die deelnamen aan de Delphi studie dat de toename in bewegingsvrijheid gefaseerd dient te verlopen en stellen de experts van de focusgroep dat het gefaseerde vrijhedenplan bij voorkeur geïndividualiseerd is en dus op maat van de geïnterneerde.

Er is consensus dat een FPC dient te werken met een systeem van geleidelijk toenemende vrijheid (i.e. geïnterneerden in een FPC krijgen geleidelijk aan meer bewegingsvrijheid)

Optimale verhouding tussen beveiligen en behandelen

In de behandeling van geïnterneerden wordt men steeds geconfronteerd met de justitiële context. Men kan niet meer spreken van een duale therapeutische relatie, maar veeleer van een driehoeksrelatie waarbinnen justitie een belangrijke rol inneemt (Cosyns, 2012). De justitiële context begrenst de behandeling en positioneert de hulpverleners in een spanningsveld tussen beveiligen en behandelen (Adams & Ferrandino, 2008; Adshaed & Sarkar, 2005; Fitzpatrick et al., 2010): er dient steeds gebalanceerd te worden tussen het perspectief van de maatschappij die moet beschermd worden tegen de gevaarlijke geïnterneerde en het perspectief van de geïnterneerde die nood heeft aan zorg, begeleiding en behandeling. De hulpverlener heeft naast een therapeutische functie (behandelen) dus ook steeds een maatschappelijke of controlerende functie (beveiligen) (Blackburn, 2004). Een gecombineerde of hybride benadering waarbij controlerende interventies gecombineerd worden met motiveren, ondersteunen en werken aan gedragsverandering en integratie kan hierbij effectief zijn (Hermanns & Menger, 2009). Volgens Menger (2008) vraagt deze benadering een specifieke professionaliteit bij de hulpverleners en omvat die professionaliteit onder meer een heldere samenwerking met justitie, het benutten van de context van dwang, het kunnen onderhouden van een werkalliantie met veel verschillende soorten mensen, het herkennen en bewerken van gedrag dat hoort bij verzet tegen autonomiebeperking en het systematisch motiveren tot gedragsverandering.

De experts van de focusgroep benadrukken in dit verband dat het essentieel is dat personeel over de vaardigheden bezit om continu in het spanningsveld tussen behandelen en beveiligen te kunnen manoeuvreren. Ze menen wel dat afhankelijk van het veiligheidsniveau van de afdeling/instelling er een apart veiligheidsteam nodig is. Zo is een apart veiligheidsteam aangewezen op een high-security afdeling/instelling, terwijl dit niet noodzakelijk is op een medium- en low-security afdeling/instelling. Daar doet men vooral beroep op relationele beveiliging. Behandelen en beveiligen kunnen volgens de deelnemers aan de focusgroep als twee aparte dimensies beschouwd worden in plaats van als tegengestelde concepten. De experts van de Delphi studie stellen dat er geen strikt onderscheid dient te zijn tussen personeel verantwoordelijk voor de behandeling van geïnterneerden en personeel verantwoordelijk voor de beveiliging van het FPC.

Er is consensus dat in een FPC geen duidelijk onderscheid dient te zijn tussen het personeel verantwoordelijk voor het behandelen van de geïnterneerden en het personeel verantwoordelijk voor het beveiligen van het FPC.



Kennedy, H.G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443.

Your guide to relational security, see, think, act. Department of Health: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_113671.pdf

4.1.2. Theoretisch perspectief

4.1.2.1. Introductie

De laatste jaren is heel wat onderzoek verricht naar de elementen die een invloed hebben op de werkzaamheid van behandelprogramma's voor forensische patiënten. Het paradigma dat hierbij momenteel wereldwijd het meeste invloed heeft is ongetwijfeld het 'What Works' denken, dat reeds in 1990 uitgewerkt werd door de Canadese onderzoekers Don Andrews en James Bonta (Andrews & Bonta, 2010; Andrews, Bonta & Wormith, 2011). Naast het 'What Works' paradigma zijn er nog verschillende andere benaderingen die de forensische zorgprogramma's internationaal theoretisch onderbouwen. Het meest bekende hierbij is wellicht het 'Good Lives Model' dat ontwikkeld werd door Tony Ward en zijn collega's uit Nieuw-Zeeland (Ward & Brown, 2004; Ward, Mann & Gannon, 2007). In hetgeen volgt werken we zowel dit model, als de 'What Works' benadering, diepgaander uit omwille van hun internationaal belang.

Daarnaast onderscheidt het Nederlands Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP, 2012) ook nog onderliggende benaderingen als het biopsychosociaal model, het rehabilitatiedenken (wat in de internationale literatuur als het 'recovery'-denken wordt benoemd) en het equivalentieprincipe. Over deze benaderingen zal enkel kort iets worden vermeld, voornamelijk met de bedoeling de geïnteresseerde lezer een aantal handvatten te bieden indien hij verder over deze benaderingen wil lezen. Dit deel wordt ten slotte afgerond met een beknopte bespreking van enkele recente en toekomstige ontwikkelingen.

4.1.2.2. 'What Works' benadering / Risk-Needs-Responsivity (RNR)

De theorie met betrekking tot 'de psychologie van crimineel gedrag' (Andrews & Bonta, 2010) die aan de basis ligt van deze aanpak wordt door Hermanns (2009, p. 147) treffend omschreven als volgt: *'attitudes, interpretaties en afwegingen van het individu in de context van risico's en criminogene behoeften bepalen of iemand wel of niet een delict pleegt'*. Dit betekent dat het 'What Works' of Risk-Needs-Responsivity

model gesitueerd dient te worden bij de cognitief gerichte gedragsinterventies, die op dit moment behoren tot de meest gehanteerde benaderingen bij de behandeling van forensische patiënten (Kröger & van Beek, 2006). Cognitief geïnspireerde theorieën gaan ervan uit dat personen crimineel gedrag stellen omwille van verkeerde interpretaties en denkfouten in het waarnemen van de sociale werkelijkheid. Door in te spelen op deze cognitieve vaardigheden wordt gestreefd naar veranderingen in deze interpretaties, bijvoorbeeld met betrekking tot het zich verplaatsen in het perspectief van iemand anders. Ongewenst crimineel gedrag zou hierdoor afnemen (Hermanns, 2009; Kröger & van Beek, 2006).

In hun eerste publicaties omschreven Andrews en Bonta (zie bijvoorbeeld in Andrews & Bonta, 2010; Andrews, Bonta & Wormith, 2011) hun denken in termen van *het Risk-Needs-Responsivity* model (RNR) met de volgende drie principes: risico, behoefte en responsiviteit. Deze aspecten focussen achtereenvolgens op voor *wie* de behandeling wordt ingericht, op *wat* ze moet inhouden en op *welke manier* ze moet worden georganiseerd. Eenvoudig gezegd zouden we kunnen stellen dat een behandeling van een forensische patiënt zich, volgens Andrews en Bonta, zou moeten richten op personen met een hoog risicoprofiel, met hierbij vooral aandacht voor hun criminogene behoeften en dat op een dusdanige manier die aangepast is aan de mogelijkheden, kenmerken en omstandigheden van de individuele patiënt (McMurran, 2009). Er werden nadien nog twee principes aan het RNR-model toegevoegd, met name het principe van de behandelintegriteit ('integrity') waarmee met doelt op de vraag of het programma wordt uitgevoerd zoals het werd vooropgesteld. In Nederland omschreef men later ook nog het professionaliteitsprincipe (EFP, 2012). Hiermee wordt verwezen naar de overeenstemming tussen wat men doet en de geldende wettelijke voorwaarden.

In onderstaande tekst gaan we kort in op de verschillende principes die aan de basis liggen van het 'What Works' denken (zie ook Tabel 2). De geïnteresseerde lezer die zich hier verder wil in verdiepen verwijzen we graag naar de meest recente vijfde editie van het standaardwerk *'The Psychology of Criminal Conduct'* van Andrews en Bonta (2010).

Tabel 2: 'What Works' principes (Andrews & Bonta, 2010; Busch, 2012; EFP, 2012)

1. *Risico* - de kans dat een persoon zich inlaat met crimineel gedrag
2. *Behoeft*e - de levensdomeinen waarop we de interventies/toezicht moeten focussen om de kans op toekomstig crimineel gedrag te reduceren
3. *Responsiviteit* - persoonlijke sterktes en/of specifieke individuele factoren die de effectiviteit van de behandeling kunnen beïnvloeden
4. *Integriteit* - het behandelprogramma wordt geïmplementeerd zoals het bedoeld is
5. *Professionaliteit* - het professionele handelen moet voldoen aan wettelijke voorwaarden

A. Risico ('Risk')

Dit principe kan gedefinieerd worden als 'de kans dat een persoon zich inlaat met crimineel gedrag' (Busch, 2012). Andrews, Bonta en Wormith (2011, p. 735) omschrijven dit principe als het afstemmen van de behandelintensiteit op het recidiverisico van de forensische patiënt, wat betekent dat mensen met een hoog risicoprofiel meer intensieve en gestructureerde behandeling moeten krijgen. Personen met een laag risicoprofiel krijgen een minimale behandeling. Bij dit principe is het ook belangrijk om contact tussen personen met een hoog en een laag risicoprofiel te vermijden (Andrews & Bonta, 2010). Essentieel is dus dat de behandeling niet afgestemd wordt op de stoornis, maar wel op het risico tot recidive. Dit verklaart het belang van een goede risicotaxatie, die rekening houdt met zowel statische als meer dynamische risicofactoren. Ook de sterktes en mogelijkheden van de patiënten dienen hierbij uiteraard in rekening te worden gebracht (EFP, 2012).

B. Behoeftte ('Need')

Hierbij gaat het om 'de levensdomeinen waarop we de interventies/toezicht moeten focussen om de kans op toekomstig crimineel gedrag te reduceren' (Busch, 2012). Anders gezegd moet de behandeling zich toespitsen op die behoeften die een invloed hebben op recidive. Andrews en Bonta (2010) noemen dit de 'criminogene' behoeften, die doorheen de behandeling zouden moeten kunnen worden omgebogen tot sterktes. Ze spreken hierbij zelf van de '*central eight*' en de '*big*' en '*moderate four*', waarmee ze verwijzen naar de acht belangrijkste risicofactoren/criminogene behoeften (zie Tabel 3 – vertaling naar Busch, 2012).

Tabel 3: De '*central eight*' risicofactoren/criminogene behoeften volgens Andrews en Bonta (2010)

Big Four	1. Geschiedenis van antisociaal gedrag
	2. Antisociale persoonlijkheidsstijl
	3. Antisociale attitudes/cognities
	4. Antisociale peers/netwerken
Moderate Four	5. Problematische familie/relaties
	6. Problemen op werk, school, opleiding
	7. Problemen vrije tijd, ontspanning
	8. Middelenmisbruik

Tijdens de behandeling is het belangrijk om rekening te houden met de dynamische behoeften bij de verschillende risicofactoren. Zo is het bijvoorbeeld niet mogelijk om iemands geschiedenis van antisociaal gedrag te veranderen (cf. risicofactor 1), maar kan er wel gestreefd worden naar het ontwikkelen van niet-criminele gedragingen in risicovolle situaties (Andrews & Bonta, 2010). Bij de tweede risicofactor kan de

dynamische behoefte erin bestaan om de beperkte vaardigheden met betrekking tot agressiecontrole en probleemoplossend gedrag te versterken. Voor een meer omvattend overzicht van de verschillende risicofactoren, zie Andrews en Bonta (2010).

Naast deze criminogene behoeften zijn er uiteraard ook een groot aantal niet-criminogene factoren. Voorbeelden hiervan zijn medische stoornissen, het gevoel van eigenwaarde, beperkte ouderschapsvaardigheden, leerstoornissen, ... (Busch, 2012). Hoewel de behandeling zich hier dus primair niet op focust, kan met deze factoren wel rekening worden gehouden teneinde de participatie van de patiënt te bevorderen. Dit brengt ons eigenlijk reeds bij het derde principe, met name dit van de responsiviteit.

C. Responsiviteit ('Responsivity')

Dit principe verwijst naar de 'persoonlijke sterktes en/of specifieke individuele factoren die de effectiviteit van de behandeling kunnen beïnvloeden' (Busch, 2012). Dit betekent dat de stijl en de manier waarop de behandeling wordt aangeboden afhankelijk is van de setting waarin deze plaatsvindt en verder dient afgestemd te zijn op de kenmerken van de individuele patiënt. Dit behelst aspecten zoals sterktes, motivaties, leeftijd, geslacht, etniciteit, ... (Andrews & Bonta, 2010). Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen algemene en specifieke responsiviteit. Met algemene responsiviteit wordt verwezen naar het gebruik van algemene (cognitief-)gedragsmatige en sociaal leren strategieën. Specifieke responsiviteit gaat in op de eigen kenmerken van de patiënt, waaronder bijvoorbeeld cognitieve mogelijkheden en motivatie (McMurran, 2009). Met betrekking tot het verhogen van de specifieke responsiviteit wordt de laatste jaren meer aandacht besteed aan het gebruik van motivatie-verhogende technieken, waaronder 'motivational interviewing' (zie bijvoorbeeld Miller & Rollnick, 2009) bij forensische patiënten (McMurran, 2009).

Het responsiviteitsprincipe laat ruimte voor het afstemmen van een behandeling op individuele kenmerken via een multimodale aanpak. Dit omvat het flexibel kunnen inzetten van verschillende behandelingsmethoden en -interventies. Uiteraard is hiervoor nood aan voldoende gekwalificeerd personeel en een duidelijk kader van zorgprogrammering waarbinnen de verschillende methodieken worden ingezet (EFP, 2012).

D. Integriteit ('integrity')

Het integriteitsprincipe betekent dat 'het behandelprogramma geïmplementeerd wordt zoals het bedoeld is' (Busch, 2012). Het biedt dan ook handvatten voor de behandelaar om een programma uit te voeren zoals het moet uitgevoerd worden (EFP, 2012). Onder meer volgende concrete richtlijnen zijn hierbij belangrijk: het programma moet vastgelegd zijn in duidelijke protocollen en draaiboeken; er moet een duidelijke visie zijn op de na te streven doelstellingen; en de behandeling moet van nabij worden opgevolgd en geëvalueerd (EFP, 2012). Ook naar het management en het personeel stelt dit principe specifieke eisen en verwachtingen, bijvoorbeeld naar communicatiestructuren, opleiding, kennis van psychopathologie, het belang van een

multidisciplinaire aanpak, supervisie en de noodzaak van een goede programmaleider (zie EFP, 2012, [http://zp.efp.nl/ZPPS/ what worksprincipes.html](http://zp.efp.nl/ZPPS/what_worksprincipes.html)).

E. Professionaliteitsprincipe

Het EFP (2012) geeft aan dat het ‘het professionele handelen moet voldoen aan de daarvoor gestelde wettelijke voorwaarden’. Personeel moet de grenzen van hun eigen competentie kunnen aangeven, handelen in overeenstemming met beschikbare gedragscodes (bijvoorbeeld de Madrid Declaration of Ethical Standards) en advies zoeken indien zij over een bepaalde problematiek geen expertise hebben (zie Vandevelde et al, 2011).

Samengevat kunnen we stellen dat programma’s die in overeenstemming met de hierboven vermelde principes uitgevoerd worden, het meest efficiënt zouden zijn met betrekking tot het verminderen van recidive (Andrews & Bonta, 2010; Busch, 2012). Op basis van de beschikbare evidentie en gebaseerd op het werk van Andrews en Bonta, lijst Busch (2012) volgende kenmerken van effectieve zorgprogramma’s op (zie Tabel 4).

Tabel 4: Effectieve zorgprogramma’s (geciteerd uit Busch, 2012)

1. zijn gebaseerd op wetenschap en theorie
2. zijn leidend/gezaghebbend
3. taxeren aan de hand van risico & behoefte assessment instrumenten
4. focussen op misdaadgerichte gedragingen
5. hanteren effectieve behandelmodellen
6. variëren behandeling en interventies gebaseerd op risico's, behoeften en responsiviteit
7. ontwrichten criminele netwerken
8. hebben gekwalificeerde, ervaren en toegewijde stafleden
9. voorzien nazorg
10. evalueren wat ze doen
11. zijn stabiel en hebben voldoende resources en ondersteuning

4.1.2.3. Het Good Lives Model

A. Ontstaansgronden

Als reactie op een te eenzijdige focus op criminogene behoeften en risicobeheersing vanuit het RNR-model ontwikkelden Tony Ward en zijn collega’s vanaf het begin van de jaren 2000 het Good Lives Model (GLM) dat de laatste tijd aan invloed wint binnen de forensische psychiatrie. Momenteel wordt het vooral toegepast bij seksuele delinquenten, maar het is ook bruikbaar voor plegers van andere delicten. Volgens Ward en Brown (2004, p. 244) is het beheersen van risico’s een noodzakelijke, maar zeker geen voldoende voorwaarde voor het behandelen van forensische patiënten. Ook andere auteurs geven aan dat de ‘What Works’ benadering zich te exclusief focust op criminogene behoeften (‘risico’s’) en hierdoor het gevaar loopt patiënten te zien als een geheel van ‘geïsoleerde problemen’. Zij pleiten dan ook voor een meer holistische benadering waarin er zowel aandacht is voor criminogene behoeften (of

risico's) en niet-criminogene behoeften (Howells et al., 2007). Verder blijkt motivatie een essentiële rol te spelen met betrekking tot de responsiviteit van een behandeling (McMurrin, 2009). Een te sterke focus op risicobeheersing draagt evenwel niet bij tot een hogere motivatie. Gezien het al dan niet afmaken van een behandeling voorts een belangrijke voorspeller is van behandelingsucces is het verhogen van motivatie en zo het stimuleren van meer participatie dan ook een belangrijk aandachtspunt in de forensische behandeling (Pomp, 2009). Het GLM lijkt hiertoe meer mogelijkheden te bieden dan de RNR-benadering, onder meer omwille van het belang dat gehecht wordt aan de therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener (Ward & Brown, 2004).

B. Definitie en doelstelling

Het Good Lives Model wordt door Ward en zijn collega's (2011, p. 95) omschreven als

'a strengths-based rehabilitation theory that aims to equip clients with internal and external resources to live a good or better life—a life that is socially acceptable and personally meaningful. Criminogenic needs (i.e., dynamic risk factors) are conceptualized as internal or external barriers toward living a good life, and are thus addressed within the broader strengths-based framework.'

Het heeft de dubbele bedoeling om zowel het welzijn van de forensische patiënt te verbeteren als om het risico op recidive te verminderen (Pomp, 2009). Het verbeteren van de kwaliteit van iemands leven zou volgens de aanhangers van de GLM een positieve invloed hebben op de criminogene behoeften waardoor de kans op recidive ook op langere termijn zou dalen (Pomp, 2009).

C. Uitgangspunten

Alle mensen, inclusief deze met een crimineel verleden, worden in het GLM beschouwd als doelgerichte wezens die streven naar primaire levensbehoeften ('human primary goods') (EFP, 2012). Deze worden omschreven als gemoedstoestanden, persoonlijke karakteristieken, of ervaringen die intrinsiek voordelig zijn voor iemand en die nagestreefd worden uit eigen belang (Ward et al., 2011). Nog volgens Ward en zijn collega's (2011, p. 95) vormen ze de prioriteiten en kernwaarden in iemands leven. Ze kunnen worden ingedeeld in elf categorieën (zie Tabel 5).

Tabel 5: Primaire levensbehoeften ('primary goods') volgens het GLM (geciteerd uit Ward et al., 2011, p.95, vertaling naar Pomp, 2009)

1. Leven (met inbegrip van gezond leven en functioneren)
2. Kennis
3. Voortreffelijkheid in spel
4. Voortreffelijkheid in werk
5. Voortreffelijkheid in 'agency' (autonomie en zelfsturing)
6. Innerlijke vrede (vrij zijn van emotionele onrust en stress)
7. Vriendschap (inclusief intieme, romantische en familierelaties)
8. Gemeenschap
9. Spiritualiteit (in de brede zin van een betekenis en doel in het leven vinden)
10. Geluk
11. Creativiteit

De hierboven geschetste 'primary goods' vertonen grote overeenkomsten met de operationalisering van 'Quality of Life' (Kwaliteit van Bestaan) in andere disciplines en sectoren. Zo stellen bijvoorbeeld Schalock et al. (2007) dat kwaliteit van bestaan bij personen met een verstandelijke beperking uit drie belangrijke factoren bestaat, met name onafhankelijkheid (bvb. zelfbepaling), sociale participatie (bvb. interpersoonlijke relaties) en welbevinden (bvb. emotioneel welbevinden).

De primaire levensbehoeften worden nagestreefd door middel van 'secondary goods', die omschreven kunnen worden als praktijken, rollen en acties die leiden tot de 'primary goods'. Zo kan voortreffelijkheid in spel bijvoorbeeld via een hobby of een lidmaatschap in een sportclub nagestreefd worden. Het is essentieel dat deze 'secondary goods' niet-crimineel en sociaal geaccepteerd zijn (Ward, Yates & Willis, 2011). In het GLM worden criminogene behoeften dan ook gedefinieerd als 'obstakels in het nastreven en verwerven van primary goods'. Een duidelijk voorbeeld is een zwakke emotie-regulatie die het nastreven van innerlijke vrede in de weg staat. Het GLM richt zich dan ook expliciet tot deze factoren.

Ward, Mann en Gannon (2007, p. 94) omschrijven dit kernachtig als volgt:

'A more holistic treatment perspective is taken, based on the core idea that the best way to reduce risks is by helping offenders live more fulfilling lives.'

Hoewel er nog niet veel onderzoek is verricht naar de effectiviteit van het GLM, is er toch reeds evidentie voor de uitgangspunten. Zo wijst het EFP (2012) er op dat een aantal studies aantoonde dat naast criminogene behoeften ook andere, niet-criminogene factoren, een rol spelen bij de behandelingsresultaten (EFP, 2012; Bouman, 2009).

D. Behandelingsplan

Concreet verloopt een behandelprogramma gebaseerd op het GLM volgens Ward et al. (2007) via 6 fasen, die door Pomp (2009) schematisch zijn samengevat (zie Tabel 6). In essentie komt het erop neer dat er eerst een zicht wordt verkregen op de criminogene behoeften. Hierna wordt een plan opgesteld waarin wordt bekeken hoe de patiënt op een niet-criminele manier primary goods kan bekomen.

Tabel 6: Fasen in het behandelingsplan volgens het GLM (Pomp, 2009; Ward et al., 2007, p.97)

1. Detecteren van criminogene behoeften
2. Identificeren van primary goods (primaire levensbehoeften) die direct of indirect gelinkt zijn aan het delinquente gedrag. Hierbij wordt ook bekeken wat de meest fundamentele waarde is in het leven van een persoon.
3. Identificeren van de belangrijkste waarden waarrond de andere waarden zijn georiënteerd. Deze worden de belangrijkste focus van het behandelingsplan.
4. Selecteren van secondary goods die specificeren hoe de primary goods in concrete levensstijlen zullen omgezet worden.
5. Identificeren van de contexten of omgevingen waarin de cliënt na de behandeling zal terecht komen.
6. Opstellen van een Good Lives behandelingsplan gebaseerd op de informatie uit de vorige fasen.

Concluderend kunnen we dus stellen dat het GLM zich niet enkel richt op risicobeheersing, maar daarnaast ook aandacht heeft voor het versterken van die vaardigheden en andere aspecten die een forensische patiënt nodig heeft om primaire levensbehoeften na te streven op een niet-criminele en sociaal geaccepteerde wijze (Ward et al., 2011). Een aantal auteurs wijzen erop dat beide modellen, RNR en GLM, hoewel op het eerste zicht zeer verschillend, toch complementair zijn en vooral verschillen in focus (Braet, 2008; Pomp, 2009). Terwijl het RNR sterk focust op het voorkomen van recidive en zich (bijna) uitsluitend richt op criminogene behoeften, richt het GLM zich ook op het versterken van de mogelijkheden van cliënten om een goed leven na te streven. Een integratieve visie, met aandacht voor de sterke en minder sterke kanten van beide modellen, lijkt ons dan ook, in navolging van Pomp (2009) en Braet (2008) de best mogelijke optie om twee belangrijke aspecten in de behandeling van forensische patiënten (risicobeheersing versus het nastreven van een goed leven) in rekening te brengen.

4.1.2.4. Andere theoretische benaderingen

Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie in Nederland onderscheidt in hun landelijke zorgprogramma basiszorg, naast het RNR-model en het GLM, nog enkele andere theoretische benaderingen: het biopsychosociaal model, het ‘recovery’ denken en het equivalentieprincipe (EFP, 2012).

Het *biopsychosociaal model* ontstond als reactie tegen het exclusief biomedische model (Engel, 1977). Het houdt rekening met zowel de persoon, de gezondheid én de sociale context waarin iemand leeft. Dit is belangrijk vanuit de idee dat in dit geval psychiatrische problemen wel kunnen ontstaan vanuit een biologische oorzaak, maar ook omwille van psychosociale aspecten verder ontwikkelen tot chronische problemen (Waddell & Burton, 2004). Daarom is het belangrijk om bij het behandelen niet alleen met biologische, maar ook met psychologische en sociale factoren rekening te houden. Binnen de forensische psychiatrie wordt vanuit dit denken gepleit voor een integratieve en multidisciplinaire aanpak (EFP, 2012).

Het *‘recovery’ denken* kan worden omschreven als een ‘strengths-based’ model voor de ondersteuning van personen met psychiatrische problemen dat gericht is op het verhogen van kwaliteit van bestaan en deelname aan de samenleving (zie bijvoorbeeld EFP, 2012; Farkas, 2007; Gagne, White & Anthony, 2007). Patricia Deegan (geciteerd op <http://www.rehabilitatie.nl>) omschrijft deze benadering mooi als volgt:

‘Herstellen is wat mensen met een beperking zelf doen, rehabilitatie is wat hulpverleners kunnen doen om dat herstelproces te bevorderen’.

Dit denken legt zo sterk de nadruk op de betrokkenheid van en partnerschap met patiënten die de controle over hun eigen leven in handen houden. Vaak worden drie essentiële elementen naar voor geschoven: hoop, mogelijkheden en controle (Gudjonsson et al., 2011). Ook concepten als zelfbeschikking, keuzevrijheid, en betekenisvolle betrokkenheid van de cliënten zelf zijn sleutelbegrippen (Farkas, 2007). Deze elementen zijn nauw verwant met empowerment en zelfstandigheid en zijn erop gericht mensen

(opnieuw) de regie te geven over hun eigen leven. Specifiek voor de forensische psychiatrie betekent dit dat ernaar gestreefd wordt de cliënt een zo autonoom mogelijke plaats in de samenleving te geven. Dit kan ook betekenen dat iemand, gezien de veiligheidsaspecten, in een aan zijn behoeften aangepaste voorziening woont (EFP, 2012).

Met het *equivalentieprincipe* ten slotte verwijst het EFP (2012) naar het feit dat forensische patiënten recht hebben op gelijkwaardige zorg als anderen in de gewone samenleving.

4.1.2.5. Huidige en toekomstige ontwikkelingen

De behandeling van forensische patiënten is voortdurend in evolutie en wordt gekenmerkt door een aantal nieuwe ontwikkelingen. Zoals reeds aangegeven wordt het dominante RNR-model momenteel vanuit verschillende benaderingen uitgedaagd om mee antwoorden te zoeken op een aantal kritieken die op het ‘What Works’ denken zijn geuit. Deze kritieken slaan onder meer op de eerder exclusieve focus op risicobeheersing en het gevaar te weinig vanuit een holistisch beeld te vertrekken.

Een concept dat de laatste jaren, ook binnen de forensische zorg, aan invloed wint is ‘Kwaliteit van Bestaan’ (Quality of Life - QoL). Zo wordt het concept in een aantal recente studies (zie bvb. Bouman, 2009; Plugge, Douglas & Fitzpatrick, 2011) als uitkomstindicator opgenomen. Het verhogen van de kwaliteit van bestaan van forensische patiënten, hoewel op het eerste zicht misschien niet het meest belangrijke doel van de forensische psychiatrie, sluit aan bij de eerder genoemde responsiviteitsfactor uit het RNR-model (EFP, 2012). Bovendien accordeert het goed met de uitgangspunten van het GLM dat streeft naar het welzijn van de forensische patiënt door gebruik te maken van diens mogelijkheden en sterktes (Pomp, 2009).

Bouman (2009) onderzocht in dit verband recent de relatie tussen kwaliteit van bestaan en recidive. De resultaten van dit onderzoek bieden ondersteuning voor het uitgangspunt van het GLM dat als forensische patiënten een goed leven leiden, het risico op recidive vermindert. Vanuit deze bevinding is het in rekening brengen van kwaliteit van bestaan in de forensische zorg een belangrijk aspect. Toekomstig onderzoek moet nu verder uitwijzen of dit resultaat ook voor andere doelgroepen dan deze die Bouman tot nu toe onderzocht kan aangetoond worden.

Een aantal andere recente en toekomstige ontwikkelingen zijn onder meer

- de aandacht voor terugvalpreventieprogramma's (zie onder meer Kröger & van Beek, 2006);
- de toepassing van motiverende gespreksvoering bij forensische populaties (zie onder meer McMurran, 2009; Hummelen, 2011);
- het groeiend belang van sturing en coördinatie, bijvoorbeeld via zorgcircuits of ‘wraparoundcare’ (Hermanns, 2009);
- de introductie en verdere opvolging van een aantal (cognitief-gedragstherapeutische) interventies uit andere sectoren zoals bijvoorbeeld schema-focused therapy,

EQUIP (een programma gericht op de morele ontwikkeling), Beck-therapie, Assertive Community Treatment, ... (zie EFP, 2012 - [http://zp.efp.nl/Basis/Nieuweontwikkelingen\(2\).html](http://zp.efp.nl/Basis/Nieuweontwikkelingen(2).html)).



What Works /RNR model:

Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct. 5th edition*. Elsevier Science.

Good Lives Model:

Ward, T., & Brown, M. (2004). 'The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation'. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.

Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107.

Ward, T., Yates, P.M., & Willis, G.M. (2011). The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model: A critical response to Andrews, Bonta & Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39, 94-110.

Nederlandse zorgprogramma's forensisch psychiatrische zorg:

<http://www.efp.nl/zorgprogrammas>

4.1.3. Psychotherapeutisch perspectief

Er bestaan verschillende psychotherapeutische benaderingen die de behandeling van psychiatrische patiënten kunnen vormgeven, zoals onder meer psychodynamische therapie, gedrags- en cognitieve therapie, systeemtherapie en client-centered therapie. De meeste psychotherapeutische benaderingen zijn niet aangepast aan de specifieke noden van geïnterneerden, maar zijn afgeleid van de benaderingen die gebruikt worden voor andere doelgroepen (Knabb, Welsh & Graham-Howard, 2011). Verder zijn sommige therapeutische benaderingen voor geïnterneerden empirisch onderbouwd (evidence-based) (bv. gedragstherapie, cognitieve-gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, assertive community training, therapeutische gemeenschap), terwijl andere benaderingen eerder theoretisch van aard zijn (bv. analytische therapie) (Knabb et al., 2011). Verschillende auteurs (Knabb et al., 2011; Rice & Harris, 1997) raden een combinatie van effectieve methoden en interventies uit deze benaderingen aan om de complexe problematiek van geïnterneerden te kunnen aanpakken.

In de praktijk wordt er zelden vanuit één psychotherapeutische benadering gewerkt en worden interventies uit verschillende benaderingen gecombineerd. Instellingen kunnen enerzijds vertrekken vanuit één psychotherapeutische benadering waarbinnen ook behandeltechnieken uit andere psychotherapeutische benaderingen een plaats krijgen. Anderzijds kunnen instellingen ook technieken uit verschillende psychotherapeutische benaderingen combineren zonder hierbij één basiskader te hantieren. De gehanteerde psychotherapeutische benaderingen worden vaak bepaald door de opleiding en achtergrond van de hulpverleners die werkzaam zijn binnen het team en de instelling. Uit de eerste deelstudie kwam naar voor dat de meerderheid van de bevraagde Belgische instellingen overwegend behandeltechnieken aanwenden vanuit

de systeemtheorie en de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast worden ook psychodynamische therapie en client-centered therapie genoemd als belangrijke benaderingen bij het vormgeven van een behandeling (Boers et al., 2011).

‘Binnen de totale forensische werking werd er niet gekozen voor een globale aanpak op basis van één therapeutische stroming, maar is de behandeling in de zorgeenheden gestoeld op elementen uit diverse theorieën.’ (citaat uit interview met een hulpverlener)

‘Er wordt gewerkt vanuit verschillende kaders. Dit biedt een waaier aan mogelijkheden, maar tegelijk werkt iedereen vanuit zijn eigen therapiebril naar de cliënten met een verschillende visie als gevolg. Het kan verrijkend, maar ook beperkend werken.’ (citaat uit interview met een hulpverlener)

De bevindingen van de Delphi studie bevestigen dat effectieve methoden en interventies uit verschillende therapeutische benaderingen gebruikt en gecombineerd kunnen worden in een FPC. Anderzijds benadrukken de Delphi experts dat de behandelteams in een forensische behandelinstelling zoals een FPC moeten handelen vanuit één gemeenschappelijke visie op de behandelingsmethodiek en behandelfilosofie.

Er is consensus dat een FPC technieken dient te gebruiken uit verschillende therapeutische benaderingen en de effectieve interventies van de verschillende therapeutische benaderingen dient te combineren.

Er is consensus dat de behandelteams in een FPC dienen te handelen vanuit een gemeenschappelijke visie op behandelingsmethodiek en behandelfilosofie.

Een gemeenschappelijke behandelvisie die gedragen wordt door heel het behandelteam is dus van cruciaal belang. Deze behandelvisie kan evenwel bestaan uit een combinatie van interventies en methodieken die gelinkt zijn aan verschillende psychotherapeutische benaderingen of visies.

4.2. Behandeling

In wat volgt gaan we in op de behandeldoelen, het behandelklimaat, de therapieën en het behandeltraject.

4.2.1. Behandeldoelen

Behandeldoelen kunnen op drie niveaus onderscheiden worden, namelijk algemene behandeldoelen van de instelling, behandeldoelen van de afdeling en individuele behandeldoelen.

Algemene behandeldoelen van de instelling

Instellingen formuleren doorgaans een aantal doelen waarop de behandeling in de instelling gericht is. Dit kadert binnen een algemene visie van de instelling op de behandeling van geïnterneerden.

Hierbij dienen we een belangrijk onderscheid te maken tussen behandelinstellingen en penitentiaire inrichtingen.

In penitentiaire inrichtingen zijn de zorgactiviteiten van interne zorgteams en de externe ambulante projecten binnen de inrichtingen vooral gericht op het beperken van detentieschade en het activeren en motiveren van de geïnterneerden voor behandeling (pre-behandeling).

In behandelinstellingen daarentegen wordt de behandeling gekenmerkt door verschillende doelstellingen zoals hervalpreventie, het behandelen van de psychiatrische problematiek, het bevorderen van de levenskwaliteit van de geïnterneerden, het bevorderen van de reïntegratie in de maatschappij en het activeren en motiveren van de geïnterneerden. Instellingen kunnen bovendien ook het behandelen van alle beïnvloedende factoren van het delict als specifiek behandel doel stellen.

Behandeldoelen van de afdeling

Forensische behandelinstellingen zijn vaak opgedeeld in verschillende afdelingen. Voor elk van deze afdelingen kunnen doelen worden opgesteld op het niveau van de hele afdeling waarbij aangegeven wordt waarop de behandeling in een bepaalde afdeling gericht is. Deze afdelingsdoelen kunnen heel concreet (bijvoorbeeld in de afdelingsbrochure) neergeschreven worden als eindtermen van een bepaalde afdeling, zoals bijvoorbeeld 'Ik heb in grote mate zicht op mijn kwaliteiten en valkuilen. Ik ken ook mijn werkpunten en laat zien dat ik hiermee bezig ben'. In vele gevallen zijn de minimum doelstellingen om een bepaalde afdeling te verlaten echter niet formeel of slechts vaag geformuleerd. Het duidelijk formuleren van afdelingsdoelen lijkt evenwel een belangrijke voorwaarde voor het bewaken van de behandelintegriteit op de verschillende afdelingen zoals besproken in deel 4.1.2.2. D.

Individuele behandeldoelen

De concrete invulling van de behandeldoelen wordt uiteraard mee bepaald door de mogelijkheden en beperkingen van de geïnterneerde zelf. In de meeste voorzieningen wordt er gewerkt met een individueel behandeltraject, waarbij een individueel behandelplan wordt uitgewerkt met vooropgestelde individuele doelen en werkpunten die regelmatig worden geëvalueerd.

Het is een uitdaging om de behandeldoelen op de drie verschillende niveaus op elkaar af te stemmen. Ons inziens is het belangrijk dat de individuele behandeldoelen van de geïnterneerde hierbij het centrale uitgangspunt vormen, waarbij er dan vervolgens nagegaan wordt binnen welke afdeling en instelling deze kunnen bereikt worden. In dit opzicht moet er nagedacht worden hoe dit in een Forensisch Psychiatrisch Centrum geïmplementeerd kan worden.

De experts van de Delphi studie bevestigen dat een behandelinstelling zoals een Forensisch Psychiatrisch Centrum verschillende behandeldoelen kan hebben. Er is echter geen overeenstemming of bepaalde behandeldoelen belangrijker zijn dan andere. De experts oordelen dat het behandeldoel ‘multifactorieel’ kan zijn en kan bestaan uit verschillende subdoelen die niet los staan van elkaar (het behalen van één doel zal invloed hebben op het behalen van een ander doel). Verder stellen ze dat het belang van elk behandeldoel kan veranderen doorheen het behandeltraject. Zo kan het motiveren en activeren van geïnterneerden een belangrijk doel vormen in het begin van de behandeling, terwijl het bevorderen van de reïntegratie in de maatschappij een belangrijker doel zal zijn op het einde van de behandeling.

Er is consensus dat het activeren en motiveren van de geïnterneerden ter voorbereiding van behandeling (pre-therapie) een belangrijk doel dient te zijn binnen de behandeling in een FPC.

Er is consensus dat hervalpreventie een belangrijk doel dient te zijn binnen de behandeling in een FPC.

Er is consensus dat de behandeling van de psychiatrische stoornis een belangrijk doel dient te zijn binnen de behandeling in een FPC.

Er is consensus dat het bevorderen van de kwaliteit van leven van de geïnterneerden een belangrijk doel dient te zijn binnen de behandeling in een FPC.

Er is consensus dat de reïntegratie in de maatschappij een belangrijk doel dient te zijn binnen de behandeling in een FPC.

Er is geen consensus of bovenstaande behandeldoelen in een FPC allen even belangrijk zijn.

4.2.2. Behandelklimaat

Het behandelklimaat of therapeutisch milieu wordt beschouwd als een essentieel onderdeel van de behandeling. Janzig en Kerstens (2012, p. 89) definiëren therapeutisch milieu als *‘een eenheid van samenhangend behandelen, waarbinnen aan een patiënt relaties met andere patiënten en behandelaars worden aangeboden. Deze relaties bieden de patiënt de ruimte om zelf binnen zijn mogelijkheden en beperkingen tot een oplossing te komen van zijn problemen, problemen die in ingewikkeldheid kunnen variëren en op allerlei gebieden van het leven kunnen liggen’*.

Instellingen hanteren milieutherapie of sociotherapie als referentiekader voor de invulling van het behandelklimaat (Boers et al., 2011). Milieutherapie tracht alle elementen van het milieu integratief aan te wenden bij de behandeling van iedere individuele cliënt door gebruik te maken van zowel de organisatiestructuur, het personeel als de infrastructuur en de gebouwen (Jongerijs, 1981). Sociotherapie kan worden omschreven als de *‘doelbewuste beïnvloeding van de patiënt door middel van het leefklimaat’* (Verheij, Loon & de Boer, 1989, p. 48). Historisch heeft deze therapie zijn wortels in de begeleiding van kinderen met gedragsstoornissen (denk aan pioniers als August Aichhorn, Anton Makarenko, Bruno Bettelheim, Fritz Redl en David Wineman), in de sociale psychiatrie en in de democratische therapeutische gemeenschappen die vanaf de jaren '50 van de vorige eeuw vanuit het Verenigd Koninkrijk sterk opgang maakten (Broekaert et al., 2000; Verheij et al., 1989). Onder meer Maxwell Jones trachtte om via structurele wijzigingen in de organisatiestructuur van het traditionele psychiatrische ziekenhuis gebruik te maken van de kracht van de gemeenschap (de mede-cliënten én de staffleden) (Jones, 1968). Hoewel deze stroming in de psychiatrie ondertussen al verschillende decennia oud is, biedt dit denken concrete handvatten om een therapeutisch klimaat te creëren. Rapoport (1960) spreekt van vier belangrijke principes die hierbij als richtinggevend visie kunnen worden gebruikt, met name (1) permissiviteit/permissiveness; (2) democratie/democracy; (3) communalisme/communalism; en (4) realiteitsconfrontatie/reality testing. In essentie tracht men via deze concepten een klimaat te creëren waarbinnen de cliënten de mogelijkheden krijgen om in het hier-en-nu en in een sfeer van vertrouwen in interactie met anderen te handelen en zo via de principes van sociaal leren geleidelijk (terug) de regie over het eigen leven in handen te nemen (Broekaert, 2010). Er wordt hierbij uitgegaan van de mogelijkheden en capaciteiten van de cliënt en de groep.

Hoewel ontwikkeld in de context van het begeleiden van kinderen met gedragsstoornissen, biedt ook het orthopedagogisch denken van Kok mogelijke aangrijppingspunten met betrekking tot het organiseren van een leef- of behandelklimaat. Kok (1997) spreekt hierbij van drie graadsstrategieën, met name de eerste-graadsstrategie

waarbij gefocust wordt op het creëren van een positief leefklimaat voor iedere cliënt (door middel van acceptatie en het stellen van grenzen); de tweede-graadsstrategie waarbinnen aandacht is voor specialistische (groepsgerichte) therapieën en methodieken; en tot slot de derde-graadsstrategie die aandacht heeft voor de specifieke eigenheid en noden van de individuele cliënt (Broekaert, 2010).

In de praktijk bestaat de behandeling uit een 24-uurs benadering die van een specifiek afdelingsklimaat wordt voorzien, aangepast aan de specifieke noden en behoeften van die afdelingsgroep, alsook aan de fase van het behandeltraject waarin de geïnterneerde zich op dat moment bevindt. Het milieu is per behandelgroep zodanig ingericht dat er sprake is van een therapeutische interactie passend bij de betreffende doelgroepen. Uit de studie van Boers et al. (2011) blijkt dat er gestreefd wordt naar een ondersteunend en veilig klimaat waarin de geïnterneerde leert omgaan met grenzen van zichzelf en anderen: de afdeling is een oefenterrein waar voldoende experimenteer- en faalruimte aanwezig moet zijn en waar de geïnterneerde zijn mogelijkheden kan verkennen, zich kan ontwikkelen en nieuw gedrag kan aanleren.

In wat volgt geven we voorbeelden (geciteerd uit de studie van Boers et al., 2011, pp. 30-31) van verschillende klimaten of milieus in functie van het behandeltraject en in functie van specifieke doelgroepen.

'Het klimaat in functie van het behandeltraject

Een opname afdeling kent doorgaans een gesloten en sterk gestructureerde werking voor geïnterneerden met minder draagkracht en dit ten behoeve van de bescherming van de geïnterneerde en de maatschappij. Duidelijke afspraken en regels op de afdeling bepalen de grenzen, maar bieden ook structuur, veiligheid en howast. Er wordt verder gestreefd naar een huiselijke sfeer waarin de geïnterneerde een positieve ervaring kan opdoen op deze nieuwe afdeling en zich welkom kan voelen.

Het behandelklimaat op een behandelafdeling wordt gekenmerkt door structuur en voorspelbaarheid die op die manier veiligheid bieden. Het is een klimaat waarin men samenleeft en over voldoende leersituaties beschikt om aangepast gedrag te leren en te oefenen. Interacties met begeleiding zijn erop gericht gedrag en omgangsvormen te duiden en waar nodig te sturen. In een later stadium worden structuur en toezicht geleidelijk afgebouwd en wordt er gestreefd naar een klimaat waar geïnterneerden zoveel mogelijk verantwoordelijkheid opnemen. Ze staan dan bijvoorbeeld in voor de dagelijkse organisatie van het samenleven.

Resocialisatieafdelingen kennen meer individuele richtlijnen en afspraken en een grotere eigen verantwoordelijkheid van de geïnterneerde. Het klimaat is huiselijk, met een zo groot mogelijke focus op zelfstandig (leren) functioneren.

Het klimaat in functie van de doelgroep

Het klimaat voor geïnterneerden met een psychotische problematiek is gestructureerd - gericht op voorspelbaarheid en controleerbaarheid - egoversterkend en ondersteunend.

Voor geïnterneerden met een persoonlijkheidsstoornis wordt gestreefd naar een huiselijk en veilig therapeutisch klimaat waar de geïnterneerden zoveel mogelijk verantwoordelijkheid kunnen opnemen. Het klimaat is openlegend, explorerend en met een zekere mildheid confronterend.

Een afdeling dubbele diagnose vormt een soort toevluchtsoord waar bescherming kan geboden worden tegen bedreiging van buitenaf (uitsluiting) en van binnen-uit (gedachten). De afdelingsregels worden opgevat als minimale krijtlijnen met maximale structuur die het gemeenschapsleven garanderen. De begeleiding is nabij, maakt actief gebruik van de kracht van de groep en delegeert macht en bevoegdheden.

Op afdelingen voor personen met een seksuele problematiek wordt gestreefd naar een evenwicht tussen het aanbieden van een warm klimaat en confrontatie. Confrontatie wordt gedoseerd en blijft ondergeschikt aan een motiverende basishouding die eerder beroep doet op verantwoordelijkheid, zelfonthulling en zelfwerkzaamheid om het veranderingsproces te stimuleren. Het is belangrijk voor het team om zelf grenzen en taakomschrijvingen te respecteren, dit heeft een voorbeeldfunctie en het bevordert het opbouwen van een therapeutische relatie.

Voor geïnterneerden met een verstandelijke beperking tracht men een ortho-agogische leefomgeving aan te bieden. Men streeft naar een veilig en gestructureerd behandelklimaat, gericht op voorspelbaarheid. Eigen aan de werking is het balanceren tussen het bieden van mogelijkheden enerzijds en controle anderzijds. De begeleiders creëren een klimaat dat de persoonlijkheidsgroei van de geïnterneerde bevordert. De begeleiding moet voortdurend nabij zijn en oog hebben voor groepsdynamische processen.'

Bron: Boers et al., 2011, pp. 30-31

Volgens de experts van de Delphi studie moet het behandelklimaat overwegend ondersteunend en stimulerend zijn en in geen geval repressief.

Er is consensus dat het klimaat in een FPC overwegend ondersteunend en stimulerend dient te zijn.

Er is consensus dat het klimaat in een FPC niet repressief hoort te zijn.

Verder geven de resultaten van de Delphi studie aan dat motivatie een kritisch punt is met betrekking tot de behandeling van geïnterneerden.

Het behandelklimaat en motivatie

Het gebruik van motiverende gesprekstechnieken, een benadering die momenteel vooral in de verslavingszorg bekendheid geniet (zie bijvoorbeeld Broothaerts & Tack,

2001; Miller & Rollnick, 1991), lijkt hier dan ook mogelijke aangrijpingspunten te kunnen bieden. Een aantal recente studies ondersteunen in dit verband de bruikbaarheid van deze aanpak bij forensische cliënten (McMurran, 2009; Vanhoeck, 2002).

Motiverende gespreksvoering (*'motivational interviewing'*) is een directieve én cliëntgerichte benadering die erop gericht is om, via zelfmotiverende uitspraken, cliënten naar motivatie tot verandering te leiden (Miller & Rollnick, 1991). De aanpak gaat uit van een 'empowerende' visie waarin de cliënt zelf wordt beschouwd als de persoon die de verandering moet doorvoeren. Dit wordt bewerkstelligd door eerst een vertrouwensrelatie op te bouwen en daarna via conversatie en gesprekstechnieken de persoon zelf tot verandering aan te zetten. Gezien het rekening houdt met de specifieke sterktes van iedere cliënt sluit het goed aan bij het eerder vernoemde responsiviteitsprincipe uit de 'What Works' benadering van Andrews en Bonta (2010) (McMurran, 2009) (zie deel 4.1.2.2. C).

Essentieel bij motiverende gespreksvoering is de voortdurende focus op de verantwoordelijkheid die de cliënt zelf dient te nemen in het motivationeel proces. In plaats van cliënten te proberen overreden om gedrag te veranderen, ondersteunt de hulpverlener de cliënt in het zelf zoeken van oplossingen voor ambivalente situaties (Miller & Rollnick, 2009). Hierbij wordt vertrokken van een empathische houding, het vermijden van discussies, het stimuleren van het geloof in het eigen kunnen of zelfwerkzaamheid (*'self-efficacy'*) van de cliënt en het 'meeveren' met mogelijke weerstanden (Miller & Rollnick, 1991). Er wordt gebruik gemaakt van een aantal gesprekstechnieken, waaronder het stellen van open vragen (bijvoorbeeld toekomstgerichte vragen, de mirakelvraag, differentiërvragen, ...), het reflectief luisteren, het ondersteunen en bevestigen, het werken met samenvattingen en het stellen van evocatieve vragen om zelfmotiverende uitspraken uit te lokken (Miller & Rollnick, 1991).

Concreet kunnen volgende technieken mogelijks inspirerend zijn: het opmaken van een beslissingsbalans (*'decisional balance'*) waarbij zowel positieve als negatieve aspecten van al dan niet veranderen van gedrag worden gevisualiseerd en het gebruik van zogenaamde 'change rulers' waarbij mensen wordt gevraagd om op een schaal van bijvoorbeeld 1 tot 10 te scoren hoe belangrijk iets is voor hem, waarna kan worden besproken wat nodig zou zijn om van een laag naar een hoger cijfer te gaan. Op het internet zijn van beide technieken verschillende voorbeelden te vinden. Andere technieken bevatten bijvoorbeeld vragen die te maken hebben met 'vooruit en achteruit kijken' en het bevragen van 'extreme situaties' (bron - website: <http://www.motivationalinterview.org>).

Volgend schema (overgenomen van de website <http://www.diabeteszorgbeter.nl>) visualiseert beknopt de uitgangspunten, principes, gesprekstechnieken en doelstellingen van motiverende gespreksvoering (Zie Tabel 7). Het is hierbij evenwel belangrijk op te merken dat de benadering meer is dan het toepassen van technieken, maar uitgaat van een algemene visie waarin de cliënt, met zijn of haar eigen mogelijkheden, centraal staat. Het gebruik ervan vereist dan ook een gedegen vorming en training.

Tabel 7: Uitgangspunten, principes, gesprekstechnieken en doelstellingen van motiverende gespreksvoering (Bron: http://www.diabeteszorgbeter.nl/documenten/235_05.%20Motivational%20Interviewing.pdf)

Strategieën om veranderingsuitspraken te faciliteren	Strategieën om te reageren op weerstand en deze te verminderen
Gesprekstechnieken: <ul style="list-style-type: none"> - Open vragen - Samenvatten - Ondersteun/bevestig - Reflectief luisteren 	
Principes: <ul style="list-style-type: none"> - Wees empathisch - Weerstand – meeveren - Ondersteun eigen effectiviteit - Ontwikkel discrepantie - Discussie argumentatie vermijden 	
<ul style="list-style-type: none"> - Motivatie tot veranderen komt vanuit de cliënt - Het is de taak van de cliënt om oplossingen voor ambivalentie te zoeken - Overtuigen is geen goede strategie - Stijl en sfeer: kalm en uitnodigend - Hulpverlener is directief - Gelijkwaardige partners 	



Broothaerts, J.-P., & Tack, M. (2001). *Verslaving en motivationele gesprekstechnieken. Handboek: het motivationele gesprek*. Leuven, Apeldoorn: Garant.

Janzing, C., & Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Website: <http://www.motivationalinterview.org>

4.2.3. Therapieën

Het therapieprogramma van geïnterneerden varieert naargelang de problematiek en de fase van de behandeling waarin de geïnterneerde zich bevindt. In het begin van de behandeling starten alle geïnterneerden doorgaans met een verplicht basisprogramma zodat ze kunnen kennismaken met de verschillende therapeuten en therapieën. In sommige instellingen neemt de geïnterneerde deel aan een kennismakingssessie waarin een korte introductie wordt gegeven over elke therapie, soms vergezeld van een rondleiding. Door de deelname aan deze therapieën leren de therapeuten de kwaliteiten, valkuilen en werkpunten van de geïnterneerde kennen. Naarmate de behandeling vordert worden de therapieën en activiteiten meer op maat van de noden en behoeften van de geïnterneerde geselecteerd tot er een individueel therapiepro-

gamma tot stand komt. De meeste instellingen trachten de geïnterneerde steeds te betrekken bij het selecteren van de therapieën. Een individueel therapieprogramma bestaat doorgaans uit:

- een aantal verplichte sessies en activiteiten die bij de afdelingsgroep horen (bv. groeps gesprek, kooktherapie,...)
- een aantal sessies aangepast aan de specifieke behoeften van de geïnterneerde die afdelingsoverschrijdend zijn en aangeboden worden op basis van het individueel behandelplan (bv. relaxatie, omgaan met drugs, impulsregulatie en agressietraining,...)
- een aantal vrije momenten die in overleg met het team aangevuld kunnen worden

Doorheen de behandeling krijgt de geïnterneerde meer inspraak in de therapieën die worden geselecteerd en wordt er een therapieprogramma opgesteld dat gaat in de richting van werk, dag-structuur en een zinvolle tijdsbesteding. De invulling van de dagbesteding is afhankelijk van de interesses en mogelijkheden van de geïnterneerde.

‘Ik denk dat als ze toekomen op de opname afdeling dat mensen niet echt zicht hebben op wat de therapieën juist inhouden. Ze hebben misschien ook nog niet echt zicht op wat hun werkpunten en aandachtspunten zijn. Dus daar wordt het wat meer voor hen beslist, maar in dit stadium van de behandeling hebben mensen zeker inspraak in hun therapieprogramma’ (citaat uit interview met een hulpverlener)

‘Het is min of meer een standaard therapieprogramma, maar waarbij we verder in de behandeling aanpassingen kunnen doen. Aangezien hij nog maar enkele weken bij ons is, volgt hij inderdaad zo een standaard programma. Nu wat betekent een standaardprogramma. Er zitten eigenlijk zoveel mogelijk verschillende therapieën in met alle mogelijke therapievormen die we aanbieden zodat ze het hele gamma kunnen leren kennen.’ (citaat uit interview met een hulpverlener)

‘En zo langzamerhand is mijn programma dan opgevuld met dingen die ik graag deed zoals fitness. Op een gegeven moment heb je bijna geen therapie-uren meer, maar gewoon momenten die je zelf nuttig kan invullen. Dus langzamerhand gaat de intensiteit van de therapieën naar beneden en doe je andere dingen.’ (citaat uit interview met een geïnterneerde)

In wat volgt bespreken we psychofarmacotherapie, individuele psychotherapie en groepstherapieën.

4.2.3.1. Psychofarmacotherapie

Psychofarmacotherapie of het medicamenteuze luik van de behandeling kan een belangrijke rol spelen in de verschillende fasen van de behandeling. Medicatie wordt ingezet bij het bestrijden of verminderen van symptomen van psychiatrische problematieken. Soms wordt medicatie ook ingezet ter ondersteuning van de behandeling van specifieke problemen zoals libidoremmers bij seksuele stoornissen, ondersteunende medicatie bij ernstige verslavingsproblematiek om craving te onderdrukken

enz. Medicatie wordt vaak gezien als een basis voor verdere behandeling: wil men immers gedragsmatig iets kunnen veranderen, dan is het creëren van rust en het opheffen van ontregeling een noodzaak. Sommige geïnterneerden hebben echter langdurig of zelfs levenslang medicatie nodig. In de aanbevelingen van het EFP (2012) worden volgende punten aangehaald die kunnen bijdragen aan een adequate, langdurige farmacologische interventie:

- Voldoende aandacht voor bijwerkingen
- Adequate interventies bij bijwerkingen
- Adequate en zo nodig herhaaldelijke psycho-educatie en individuele gesprekken over de medicatie
- Een optimale manier om de medicijnen toe te dienen
- Een adequate manier om de medicijnen te verstrekken, bijvoorbeeld inname onder toezicht
- Steun van het sociaal netwerk
- Dwangmedicatie. Als een geïnterneerde medicatie weigert, en daarmee een gevaar vormt voor zichzelf en de omgeving, moet men dwangmedicatie overwegen.

4.2.3.2. Individuele psychotherapie

Individuele psychotherapie maakt doorgaans deel uit van het therapieprogramma. De focus in de individuele gesprekken met de psycholoog ligt aanvankelijk op beeldvorming en motivatieversterking (Boers et al., 2011). Vervolgens nemen verandering in cognitie en gedrag en hervulpreventie een belangrijke plaats in de individuele sessies. De manier waarop de psycholoog dit, vaak in samenwerking met de criminoloog, vorm geeft kan verschillen.

‘Ik vertrek altijd vanuit het verhaal van de patiënt en leg in de loop van het traject wel linken naar hervulpreventie en delictscenario/delictketen. Een gedragstherapeut zou dat misschien specifiekere doen.’ (citaat uit interview met een psycholoog)

Het doel van hervulpreventie is om het normoverschrijdend gedragspatroon, dat bestaat uit een keten van gebeurtenissen, gevoelens, gedachten en handelingen te doorbreken. Hierbij tracht men aan de hand van beschikbare informatie en in gesprek met de geïnterneerde inzicht te verwerven in de delictgeschiedenis (het ontstaan van het delictgedrag binnen de eigen levensgeschiedenis en de functie ervan) en het delictscenario of delictketen (het herformuleren van het delict waarbij de situatie, de gedragingen, gedachten en gevoelens van de geïnterneerde voor, tijdens en na het delict worden beschreven). Door het opstellen van een delictketen krijgt de geïnterneerde meer inzicht in de dingen die aan het delict zijn voorafgaan. Zo kan de geïnterneerde risicosignalen herkennen en tijdig de delictketen doorbreken.

‘Nu zijn we nog bezig met de afwerking van mijn delictketen, zodat ik op tijd waakzaam ben voor mijn valkuilen en op tijd mijn problematiek onder ogen zie zodat het niet meer kan evolueren tot feiten.’ (citaat uit interview met een geïnterneerde)

Naast het werken aan de delictgeschiedenis en delictketen, is er onder meer ook aandacht voor het aanpakken van cognitieve distorties (opvattingen over delictgedrag die niet overeenkomen met de realiteit) en het ontwikkelen van alternatieve copingsstrategieën. Verder kunnen ook acute en meer onderliggende problematische ervaringen (bv. trauma's) en thema's van de geïnterneerde in de gesprekken aan bod komen (Boers et al., 2011). Tot slot kan individuele psycho-educatie ook deel uitmaken van de individuele psychotherapie.

4.2.3.3. Groepstherapieën

Therapie kan ook in groep plaatsvinden. De groepsbehandeling kan verschillende vormen aannemen: open versus gesloten en gestructureerd versus niet-gestructureerd.

Open en gesloten groepen

In een open groep kunnen geïnterneerden op ieder moment aansluiten bij een groep. Dit zorgt voor een groep met geïnterneerden die in verschillende fasen van de behandeling zitten. Open en gesloten groepen hebben elk hun voor- en nadelen. Het EFP (2012) stelt dat in een open groep elke deelnemer het behandelproces op zijn eigen tempo kan doorlopen en dat nieuwkomers kunnen leren van geïnterneerden die reeds verder in hun behandeltraject gevorderd zijn. In een gesloten groep is men afhankelijk van elkaars tempo, wat voor problemen kan zorgen wanneer er een groot niveauverschil bestaat tussen de geïnterneerden. Verder stelt het EFP (2012) dat een open groep onveilig kan aanvoelen wanneer er een te groot verloop is. In groepsessies waarin veiligheid belangrijk is (i.e. wanneer je open en eerlijk moet kunnen spreken om er ook iets aan te hebben), kan een soort groepsgeheim opgelegd worden. Alles wat er in de groepstherapie is besproken blijft dan geheim. Schending van de geheimhouding kan leiden tot uitsluiting uit de groep en in sommige ernstige gevallen, tot uitsluiting uit de instelling. Tussen een open en een gesloten groep kan er nog een tussenvariant bestaan, een halfopen groep, waarbij er een open instroomperiode is gevolgd door een gesloten periode.

Gestructureerde en niet-gestructureerde groepen

In een gestructureerde therapie volgt men een strikt protocol waaraan de therapeut zich moet houden. Gestructureerde en niet-gestructureerde groepstherapieën hebben elk hun voor- en nadelen. Een gestructureerde therapie heeft volgens het EFP (2012) het voordeel dat het zowel voor de therapeut als voor de geïnterneerde duidelijk is hoelang de therapie duurt, wat er per sessie aan bod komt en welk huiswerk er is. Een nadeel is dan dat er weinig ruimte is voor persoonlijke inbreng en voor de individuele problematiek van de geïnterneerden waardoor men situaties onvoldoende kan uitdiepen. In de individuele, niet-gestructureerde psychotherapie kan er wel ruimte gemaakt worden om dit op te vangen. Een voorbeeld van zeer gestructureerde groepstherapie is Aggression Replacement Therapy (ART). ART is een multi-componenten, cognitieve gedragstherapie voor het bevorderen van pro-sociaal gedrag en moreel redeneren, het beter leren omgaan met boosheid en het reduceren van agressief gedrag. Het bestaat uit de componenten Training Moreel Redeneren (TMR), Training Controleren

Boosheid (TCB) en Sociale Vaardigheidstraining (SoVa). Het is een 30-urenprogramma dat 3 keer in de week plaatsvindt gedurende 10 weken. Geïnterneerden nemen deel aan een één uur durende, sterk gestructureerde sessie per week voor elk van de drie gerelateerde componenten en krijgen telkens huiswerk mee.

Therapie gericht op hervалpreventie kan naast de individuele aanpak ook in groep aangeboden worden, gestructureerd of niet-gestructureerd in een open of in een gesloten groep en dit als eventuele aanvulling op de individuele therapie. Een voorbeeld (geciteerd uit Boers et al., 2011, p. 28) is *'het werken aan de hand van schrijfopdrachten (normaal begaafden) of creatieve opdrachten (verstandelijke beperking) om hun levensverhaal en delictketen te reconstrueren. Concrete probleemsituaties (mogelijk hervал) worden openlijk in de groep besproken. De nadruk wordt gelegd op het ombuigen van cognitieve distorties, het verhogen van de slachtofferempathie, het verhogen van ziekte-inzicht, het onderkennen van het eigen aandeel in het delict en het verhogen van de introspectieve kwaliteiten van de cliënt. De uiteindelijke doelstelling is het aanleren van alternatief gedrag om de delictketen te doorbreken.'*

Naast therapieën gericht op hervалpreventie bestaan er een hele reeks groepstherapieën gericht op het aanleren van vaardigheden op verscheidene vlakken (zoals onder meer koken, sociale en communicatievaardigheden, empathietraining, relaxatietraining, impulsregulatie en agressiehantering, lichaamswelzijn en gezondheid), psycho-educatie (zoals onder meer voorlichting over medicatie, omgaan met verslaving, omgaan met psychose), vaktherapieën waarbij er door middel van een medium therapeutisch gewerkt kan worden zonder verbale reflectie (zoals o.a. psychomotorische therapie, creatieve therapie, muziektherapie, filmtherapie, tuin/boerderij) en Animal Assisted Therapie waarbij er door middel van dieren therapeutische gewerkt wordt (zoals bijvoorbeeld therapie met honden die in het PC Sint-Jan-Baptist Zelzate wordt toegepast en therapie met paarden die in het UPC Sint-Kamillus Bierbeek wordt aangeboden).

In de praktijk varieert het therapieaanbod van instelling tot instelling. Ook de manier waarop therapieën worden uitgewerkt kunnen verschillen, zo kunnen sociale vaardigheden aangeleerd worden via een gestructureerde training van Goldstein (i.e. een trainingsmethodiek ontwikkeld door Arnold Goldstein die o.m. volgende vaardigheden traint: 'een praatje maken', 'reageren op kwaadheid', 'luisteren', 'geven van waardeering' en 'opkomen voor je mening'), maar ook op andere manieren zoals bijvoorbeeld aan de hand van het bordspel 'Act-it-out' (<http://www.actitout.nl/>).



Voor de specifieke therapieën bij specifieke doelgroepen, zoals geïnterneerden met seksueel grensoverschrijdend gedrag, psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen of geïnterneerden die nood hebben aan langdurige forensisch psychiatrische zorg verwijzen we naar de landelijke zorgprogramma's van het EFP: <http://www.efp.nl/nl/zorgprogrammas>.

Voor de voor- en nadelen van een groepsbehandeling verwijzen we naar het Basis Zorgprogramma van het EFP (2012, p. 72-73) en specifiek voor de behandeling van seksueel delinquenten naar het boek van Dillen en Cosyns (2000, p. 257-265).

4.2.4. Behandeltraject

Een behandeling binnen een forensische behandelinstelling verloopt doorgaans gefaseerd en is georganiseerd als een behandeltraject (Boers et al., 2011). Dit traject moet gezien worden als een leerroute die bestaat uit drie fasen: 1. Opname, observatie en diagnosestelling 2. Behandeling en 3. Resocialisatie (Boers et al. 2011; EFP, 2012) (Zie Figuur 2). Het traject verloopt niet altijd lineair, maar is veeleer een proces van vallen en opstaan en verloopt volgens de noden en behoeften van de geïnterneerde.

Figuur 2: Schematische weergave van een behandeltraject



De verschillende fasen van de behandeling vinden plaats op verschillende afdelingen met elk een eigen behandelklimaat en beveiligingsniveau (gesloten afdeling, half-open afdeling, open afdeling). De mutatie naar een afdeling met minder beveiliging maakt de vooruitgang in de behandeling zichtbaar en kan motiverend werken (ten Wolde, 2006). Het nieuw geleerde gedrag moet dan worden toegepast in een nieuwe omgeving met meer vrijheden en een ander behandelklimaat.

De experts van de Delphi studie zijn het er over eens dat de behandeling in een FPC gefaseerd verloopt.

Er is consensus dat de behandeling van geïnterneerden in een FPC in fasen dient te verlopen

In hetgeen volgt werken we dit behandeltraject dat binnen de huidige forensische behandelinstellingen wordt gehanteerd diepgaander uit. Deze werkwijze van een behandeltraject kan immers mogelijke aangrijpingspunten bieden voor de ontwikkeling van een behandeling in een Forensisch Psychiatrisch Centrum.

4.2.4.1. Opname, observatie en beeldvorming

A. Voorbereiding opname

Een opname in een forensische behandelinstelling wordt zorgvuldig voorbereid. De criminoloog van de instelling staat meestal in voor het inventariseren en centraliseren van alle opname-aanvragen, waarbij de Psycho-Sociale Dienst (PSD) van de gevangenis de belangrijkste verwijzende instantie is. Op basis van informatie verkregen uit de opgevraagde dossiers en uit de intakegesprekken wordt in een multidisciplinair team beslist of de kandidaat in aanmerking komt voor een behandeling in de instelling. Mogelijke inclusie- en exclusiecriteria hebben vaak betrekking op een aantal persoonskenmerken van de geïnterneerden (bv. enkel volwassen mannen), hun risico-profiel (bv. geen 'high-risk'), hun psychopathologie (bv. geen kernpsychopaten, geen

seksueel delinquenten, geen primaire drugproblematiek), hun motivatie (bv. geen massale ontkenners, aanwezigheid van een zekere veranderingsbereidheid of mogelijkheid om motivatieversterkend te kunnen werken) en hun mogelijkheden (bv. geen verstandelijke beperking, in groep kunnen functioneren, voldoende mogelijkheden om tot zelfreflectie te komen, minimale kennis van de Nederlandse taal, rehabilitatiemogelijkheden in forensisch zorgcircuit binnen een redelijke termijn). Naast de visie en de vooropgestelde doelgroep van de behandelinstelling die de instroom bepaalt, spelen ook factoren zoals financiële middelen, personeelsbezetting, infrastructuur en know-how een belangrijke rol.

De vraag dringt zich echter op of de Forensisch Psychiatrisch Centra net zoals de huidige forensische behandelinstellingen geïnterneerden mogen selecteren. Met andere woorden, kunnen Forensisch Psychiatrisch Centra geïnterneerden weigeren om de doorstroom naar vervolginstellingen in het Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit te garanderen? De mogelijkheid tot het gebruik van inclusie- en exclusiecriteria in een FPC wordt hierbij in vraag gesteld. Het voorstel van een ‘onderhandelde plaatsing’, zoals beschreven in deel 3.7.4., waarbij er overleg is tussen de plaatsende instantie en de inrichtende macht van de FPC’s zou ‘blinde’ plaatsingen in het FPC kunnen voorkomen.

De meningen van de Delphi experts over het al dan niet hanteren van inclusie- en exclusiecriteria in een FPC zijn verdeeld. Een overtuigend argument voor het gebruik van inclusie- en exclusiecriteria in een FPC is specialisatie. Specialisatie draagt volgens sommige Delphi experts immers bij tot betere behandelresultaten (en bijgevolg een betere doorstroom). Anderzijds zijn er Delphi experts die stellen dat FPC’s geen inclusie- en exclusiecriteria mogen opleggen omdat het high-risk instellingen zijn en omdat er geen ander alternatief is (*‘last resort’*).

Er is geen consensus of een FPC inclusie- en exclusiecriteria mag hanteren voor het bekomen van succesvolle behandeluitkomsten

Bij een opname in een behandelinstelling (i.e. één van de huidige forensische behandelinstellingen of de toekomstige FPC’s) is het wenselijk om overleg te plannen over de inkomende patiënt tussen de verwijzende instantie (al dan niet een behandelinstelling) en de ontvangende instantie.

B. Opname

Bij de daadwerkelijke opname in een forensische behandelinstelling wordt de geïnterneerde meestal onthaald door een begeleider van de opname afdeling (bij voorkeur de toekomstige individuele begeleider of mentor van de inkomende geïnterneerde). Gedurende de eerste dagen van de opname wordt een kamer toegewezen, kennisgemaakt met de medepatiënten en hulpverleners en worden de afdelingsafspraken en -regels uitgebreid toegelicht. Ook de afdelingsorganisatie, de afdelingsstructuur, de wijze van het toekennen van vrijheden, de behandeling en dergelijke worden besproken. Deze informatie kan ook meegegeven worden in de vorm van een onthaal- of wel-

komstbrochure. Andere behandelafdelingen kunnen ook beschikken over dergelijke afdelingsbrochures met informatie over de afdeling.

Er wordt over het algemeen een onthaal- en observatieperiode van ongeveer 3 maanden voorzien waarin de geïnterneerde geïnformeerd wordt over de werking van de afdeling, kan wennen aan de nieuwe omgeving en stapsgewijs ingeschakeld wordt in een behandelprogramma dat gericht is op observatie, oriëntatie en motivatie (Boers et al., 2011).

C. Observatie

In deze fase van de behandeling worden de geïnterneerden stapsgewijs ingeschakeld in het behandelprogramma en het vrijhedensysteem. De geïnterneerde is beperkt in zijn vrijheid en krijgt nog geen of slechts een minimaal basisprogramma met de bedoeling de geïnterneerde gericht te observeren (in het dagelijkse leven op de afdeling en vanuit de invalshoeken van de verschillende disciplines) en hem zo beter te leren kennen.

Wat gebeurt er tijdens de observatieperiode?

- * observeren
- * anamnese en hetero-anamnese
- * medisch onderzoek
- * op punt stellen van medicatie
- * psychologische testing en gesprekken
- * inschatting van het recidiverisico
- * opstellen van signaleringsplan
- * opstarten van basistherapieprogramma
- * opstarten van eerste vrijheden volgens stappenplan

...

Binnen een dergelijk forensisch ‘voorkeurprogramma’ (Tervoort, 2010 p. 92) wordt er onderzocht wat de problematiek is van de betreffende geïnterneerde en welk behandel aanbod en beveiligingsniveau daarbij past. Op basis daarvan kan een doorverwijzing plaatsvinden naar een kortdurende behandeling binnen het voorkeurprogramma zelf of naar een andere afdeling of instelling. Een toewijzing aan de meest geschikte behandelafdeling is echter enkel mogelijk na een uitgebreide beeldvorming.

De Delphi experten bevestigen het belang van een uitgebreide beeldvorming: *‘Appropriate treatment follows from appropriate assessment’ (citaat expert Delphi studie).*

Er is consensus dat de toewijzing van geïnterneerden in een FPC aan de meest geschikte behandelafdeling enkel mogelijk is na beeldvorming gebaseerd op een uitgebreide batterij van beeldvormingstechnieken

Een assessment of beeldvorming bij geïnterneerde bestaat doorgaans uit twee delen: (1) diagnostiek, i.e. het in kaart brengen van de psychiatrische en andere problematieken, en (2) risicotaxatie, i.e. het inschatten van de kans op herval (EFP, 2012;

Hodgins & Müller-Isberner, 2000; To et al., 2012). In de praktijk vinden beide delen doorgaans parallel plaats en zijn ze moeilijk los van elkaar te zien (EFP, 2012). Beide zijn geïntegreerd in een stappenplan om de problematieken en de risico's van de geïnterneerde in kaart te brengen teneinde een op maat gesneden behandeling te kunnen aanbieden.

D. Beeldvorming

Diagnostiek

Het doel van diagnostiek is het in kaart brengen van de persoonlijkheid, het ziektebeeld, de problemen en beperkingen van de geïnterneerde en de plaats van het delict erin. In de praktijk wordt er vaak gewerkt met een getrappt systeem (EFP, 2012) waarbij men in een eerste fase (meestal de eerste 3 maanden) een algemene 'basisdiagnose' probeert te stellen. Op verschillende manieren en met inbreng van verschillende leden uit het multidisciplinair team wordt een eerste beeldvorming tot stand gebracht:

- Opvragen, verzamelen, bestuderen van beschikbare informatie (bv. gerechtelijk dossier, expertiseverslagen, PSD-verslagen, ...) en gesprekken met criminoloog en/of psycholoog voor het in kaart brengen van de criminogene factoren en het opstellen van een criminogenese (i.e. een psychosociale analyse van de gepleegde feiten).
- Medisch onderzoek door arts
- Anamnese door psycholoog, individuele begeleider
- Heteroanamnese door maatschappelijk assistent
- Onderzoek naar sociaal netwerk door maatschappelijk assistent
- Gerichte gedragsobservatie door begeleiders en vaktherapeuten
- Structurele diagnostiek door psycholoog gericht op intelligentie, persoonlijkheid, psychopathologie,...
- Risicotaxatie door criminoloog en/of psycholoog
- ...

Op basis van deze algemene 'basisdiagnose' gaat het team na of een 'verdiepingsdiagnose' of meer specifieke diagnostiek nodig is om bepaalde problematieken verder te uit te diepen. Op indicatie worden er bijkomende testen afgenomen zoals bijvoorbeeld bij een vermoeden van autisme. Anderzijds is het belangrijk dat men zich in de diagnostiek uitdrukkelijk beperkt tot de relevante factoren (EFP, 2012). De drang naar volledigheid wordt immers door het EFP (2012) als een grote mogelijke valkuil aangeduid.

Tot op heden bestaat er nog geen algemeen geaccepteerde en gestandaardiseerde assessment procedure voor geïnterneerden. De instrumenten die worden afgenomen hangen vaak af van de beschikbaarheid van de testen in de instelling en de keuzes die de psycholoog maakt.

[In dit opzicht benadrukken de Delphi experts het belang van een gestandaardiseerde procedure voor beeldvorming.](#)

Er is consensus dat diagnostiek en beeldvorming in een FPC een gestandaardiseerde procedure dient te volgen

Risicotaxatie

Risicotaxatie gaat over het inschatten van de kans op herval. Het doel van risicotaxatie is tweeledig (EFP, 2012):

- Het bepalen van het recidiverisico voor elke geïnterneerde. Dit risico heeft immers invloed op de intensiteit van de behandeling en beveiliging volgens het risicoprincipe (zie RNR Model deel 4.1.2.2. A).
- De identificatie van de specifieke statische en dynamische factoren voor elke geïnterneerde. Volgens het behoefteprincipe richt de behandeling zich vooral op de dynamische risicofactoren (i.e. factoren die door behandeling te beïnvloeden zijn, bv. omgaan met criminele vrienden), rekening houdend met de statische risicofactoren (i.e. factoren die niet door behandeling te beïnvloeden zijn, bv. familiegeschiedenis met criminaliteit).

De grondslag van iedere risicotaxatiemethode is de inventarisatie van risicofactoren die nauw samenhangen met de kans op een toekomstig delict (EFP, 2012). Daarbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen statische (historische) risicofactoren en (klinische) dynamische risicofactoren (Andrews & Bonta, 2010). Verder is er in de literatuur meer aandacht voor beschermende factoren van de persoon of zijn omgeving die het risico op recidive verlagen (De Vogel, De Ruiter & Bouman, 2007; De Ruiter & Nicholls, 2011).

Verscheidende instrumenten zijn ontwikkeld om dit recidiverisico in te schatten. Onderzoek wees immers uit dat het inschatten van de kans op recidive op basis van het klinisch oordeel van de clinicus geen goede voorspeller was van recidive (Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Monahan, 1981; Mossman; 1994). De risicotaxatie-instrumenten kunnen opgedeeld worden in twee categorieën: 1. Actuariële risicotaxatie en 2. Gestructureerde klinische risicotaxatie.

Bij *actuariële risicotaxatie* wordt afgestapt van het klinisch oordeel als methode om het recidiverisico in te schatten. Eerder vindt een gestructureerde risicotaxatie plaats, gebaseerd op empirisch gevalideerde risicofactoren die blijken samen te hangen met gewelddadig gedrag (De Vogel et al., 2007). Er wordt op een gestructureerde manier informatie verzameld over voornamelijk statische, niet veranderbare factoren die volgens een vast algoritme worden opgeteld om tot een risicobeoordeling te komen (De Vogel et al., 2007). Volgens het EFP (2012) staat deze werkwijze echter erg ver af van de klinische praktijk, aangezien het klinisch oordeel niet wordt opgenomen. Verder is de methode onzorgvuldig omdat (EFP, 2012):

- De risicofactoren alleen maar worden opgeteld
- Er geen ruimte is voor individuele risico- en beschermende factoren
- Er geen ruimte is voor weging van verschillende risicofactoren
- Men geen verandering van het risico ten gevolge van de behandeling meet

Een voorbeeld van een actuariel risicotaxatie-instrument dat in België veelvuldig wordt gebruikt is de Psychopathy Checklist- Revised (PCL-R) (Hare, 2003).

De *gestructureerde klinische risicotaxatie* kan gezien worden als een combinatie van actuariële risicotaxatie en klinische inschatting (De Vogel et al., 2007). De methode houdt vast aan een empirische grondslag en neemt een vaste checklist van risicofactoren als uitgangpunt. Er wordt hierbij ook aandacht besteed aan dynamische en klinisch interessante risicofactoren. Omdat men naast statische factoren ook dynamische factoren meet kan men zowel het recidiverisico als de verandering daarvan meten (EFP, 2012). Het essentiële aan deze methode is dat de deskundige zijn kennis en ervaring niet enkel gebruikt om de risicofactoren te scoren, maar ook om de items te interpreteren, te integreren, te combineren en te wegen, en eventueel nieuwe factoren toe te voegen (De Vogel et al., 2007). Deze methode geeft meer inzicht in de risicofactoren en de manier waarop deze samenhangen, zodat de opgestelde behandelingsstrategieën daarop kunnen inspelen. Naast het inschatten van het recidiverisico noteert het EFP (2012) de volgende voordelen van gestructureerde klinische risicotaxatie:

- Aanknopingspunten voor de behandeling
- Aanknopingspunten voor een meer consistente en transparante besluitvorming over verlof en uitstroom
- Aanknopingspunten voor betere communicatie tussen hulpverleners over de risico's tijdens behandeling en resocialisatie.
- Betere bescherming van de rechten van de geïnterneerde
- Gegevens voor de evaluatie van de behandeling.

Een voorbeeld van een gestructureerd klinisch instrument dat in België veelvuldig wordt gebruikt is de Historical Clinical Risk management-20 (HCR-20) (Webster et al., 1997).

De meeste gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten vertrekken sterk vanuit een exclusieve focus op criminogene factoren/risico's, zoals deze in het RNR-Model zijn samengebracht (zie deel 4.1.2.2.). De aandacht voor sterktes en mogelijkheden wordt hierdoor tot een minimum herleid, gezien het RNR-Model er – eenvoudig gezegd – voor pleit om in een forensische behandeling zo goed als uitsluitend rekening te houden met die factoren die recidive beïnvloeden. Recent is evenwel onderzoek verricht naar de betrouwbaarheid en validiteit van de '*Short-Term Assessment of Risk and Treatability*' (START) (Webster et al., 2009) waarin zowel elementen uit het RNR-Model als uit het meer krachtengerichte GLM opgenomen zijn. Naast het in rekening brengen van risico's wordt hierbij ook aandacht besteed aan het inventariseren van beschermende factoren (Lancel et al., 2011). Het instrument is in het Nederlands beschikbaar en de bruikbaarheid en validiteit ervan werden reeds onderzocht in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis (Lancel et al., 2011). Onderzoek naar de inzetbaarheid van dit instrument in een FPC zou dan ook interessant kunnen zijn, vooral omwille van de krachtengerichte focus en het belang dat aan beschermende factoren wordt gehecht.

Beeldvorming mag echter geen eenmalige beoordeling zijn van de problematieken en risico's, maar is een continu proces. Vaak komen er tijdens de behandeling feiten naar boven die een nieuw licht werpen op de problematiek, waardoor de beoordeling bijgesteld moet worden. Hulpverleners dienen dan ook steeds kritisch naar hun beoordelingen te blijven kijken en open te staan om hun oordeel te herzien op basis van nieuwe informatie.

De experts van de Delphi studie geven aan dat beeldvorming dient te gebeuren vóór de behandeling (of uiterlijk bij de start van de behandeling) en daarna op regelmatige tijdstippen. Verder benadrukken de experts van de focusgroep dat er een duidelijk onderscheid moet gemaakt worden tussen beeldvorming in het kader van de behandeling van de geïnterneerde en beeldvorming in het kader van justitie en dat dit ook duidelijk moet zijn voor de geïnterneerde.

Er is consensus dat diagnostiek en beeldvorming bij voorkeur dienen te gebeuren in een centrale opname afdeling van een FPC waar nieuw opgenomen geïnterneerden kunnen verblijven.

Er is consensus dat beeldvorming in een FPC steeds een dubbele functie dient te hebben: risico inschatting en beeldvorming van de behandelnoten van de geïnterneerde.

Er is consensus dat beeldvorming in een FPC steeds georganiseerd dient te zijn vóór of bij de start van de behandeling en daarna op regelmatige tijdstippen.

E. Multidisciplinaire cliëntbespreking

Op basis van de uitkomsten van het diagnostisch onderzoek en de observaties van iedere discipline wordt in een multidisciplinaire patiëntenbespreking kennis genomen van de problematieken en delictgevaarlijkheid van de geïnterneerde en wordt een individueel behandelplan opgesteld. Het behandelplan is een vertaling van de complexe problematiek van de geïnterneerde naar probleemgebieden waar concrete behandel doelstellingen en behandelacties aan gekoppeld worden. Op dit moment kan ook een beslissing genomen worden in de oriëntering van de geïnterneerde naar een andere behandelafdeling waar het behandelklimaat beter past bij de geïnterneerde. Op iedere afdeling vindt periodiek (ongeveer om de 3 maanden) een multidisciplinaire evolutiebespreking plaats waar de voortgang van de individuele behandeling wordt geëvalueerd en waar het individueel behandelplan wordt geactualiseerd en verfijnd. Op indicatie komt het multidisciplinair team frequenter samen.

In dit verband bevestigen de Delphi experts het belang om de voortgang van de behandeling van iedere geïnterneerde op te volgen en te evalueren.

Er is consensus dat in een FPC de voortgang van de behandeling van iedere geïnterneerde dient opgevolgd en geëvalueerd te worden.

Instellingen trachten bij het opstellen en verfijnen van het behandelplan de geïnterneerde steeds actief te betrekken. Zo weten de geïnterneerden aan welke probleemgebieden gewerkt wordt en via welke therapeutische middelen. De behandeling wordt hierbij transparant, waardoor de verantwoordelijkheid voor de behandeling wordt gedeeld door het team en de patiënt. Actieve participatie van de geïnterneerde aan de behandeling wordt hierdoor gestimuleerd. In de praktijk kan men bijvoorbeeld de geïnterneerde uitnodigen op een deel van zijn eigen evolutiebespreking, waar de geïnterneerde zijn inbreng kan doen over bijvoorbeeld zijn perspectief op de toekomst.

‘We proberen de mannen zoveel mogelijk te betrekken bij beslissingen of uit te nodigen op patiëntenbesprekingen.’ (citaat uit interview met een hulpverlener).

4.2.4.2. Behandeling

In de behandelfase wordt via een aangepast therapieprogramma, een aangepast behandelklimaat en een aangepast vrijheidsniveau een behandeling op maat van de geïnterneerde aangeboden.

Het belang van een geïndividualiseerd behandelprogramma wordt bevestigd door de experts van de Delphi studie.

Er is consensus dat in een FPC elke geïnterneerde een geïndividualiseerd behandelprogramma dient te volgen.

Doorheen het behandeltraject wordt er stapsgewijs door het multidisciplinair team ingeschat welke therapieën een meerwaarde kunnen betekenen voor de geïnterneerde en welke mate van begeleiding, toezicht en controle de geïnterneerde nodig heeft. Behandeling is immers het meest effectief als het plaatsvindt in de minst beperkende omgeving (Rice & Harris, 1997).

Een geïnterneerde in het behandeltraject evolueert van geen therapie, naar een basis therapieprogramma naar een uitgebreid en individueel therapieprogramma op maat. De therapieën in het individueel therapieprogramma zijn niet meer in hoofdzaak gericht op observatie, oriëntatie en motivatie, maar veeleer op gedragsverandering. Via de therapieën worden de individuele werkpunten van de geïnterneerde duidelijk en wordt hierop ingespeeld.

Wanneer het individueel behandeltraject goed wordt doorlopen ontvangt de geïnterneerde geleidelijk aan meer bewegingsvrijheid en verantwoordelijkheid. Via een graduele vrijheidsuitbreiding leert de patiënt op een verantwoorde manier omgaan met vrijheid. Dit opbouwen van en oefenen met toenemende bewegingsvrijheid is een integraal onderdeel van de behandeling. De invulling van dit gefaseerd vrijhedenplan

varieert van instelling tot instelling. Het kan gaan van een welomschreven vrijhedenplan met vaste tijdslimieten voor alle geïnterneerden tot een meer individuele aanpak.

De experts van de focusgroep benadrukken het belang van een individuele aanpak met betrekking tot het vrijhedenbeleid, aangezien het erg afhankelijk is van de individuele behandellevolutie.

Verder vindt er in het behandeltraject een beweging plaats van een behandelklimaat gekenmerkt door veel toezicht en structuur op de afdeling naar het afbouwen van toezicht en structuur en het toenemen van eigen verantwoordelijkheid. Ook hier is de overgang van het ene behandelklimaat naar het andere sterk afhankelijk van de individuele behandellevolutie.

‘Patiënten met een positieve behandellevolutie kunnen vlot muteren naar afdelingen met een groter aanbod van individuele verantwoordelijkheden en patiënten met een negatieve behandellevolutie kunnen snel muteren naar afdelingen met meer bescherming en controle.’ (citaat uit interview met een hulpverlener)

In de praktijk muteert de geïnterneerde doorgaans van een gesloten afdeling naar een half-open afdeling en uiteindelijk naar een open afdeling, afhankelijk van welk veiligheidsniveau het meest geschikt is op dat moment.

De organisatie van de behandeling in verschillende behandelafdelingen varieert van instelling tot instelling. Sommige instellingen opteren voor een pathologiegebonden indeling van afdelingen, waarbij geïnterneerden met dezelfde hoofdproblematiek samenleven op een afdeling (bv. afdeling voor geïnterneerden met een hoofdzakelijk psychotische stoornis). Andere instellingen kiezen voor een niet-pathologiegebonden indeling volgens het niveau van draagkracht en bijgevolg het niveau van de nodige ondersteuning (bv. afdeling voor geïnterneerden met minder draagkracht).

Binnen het panel van de Delphi experts bleven de meningen verdeeld of geïnterneerden al dan niet opgedeeld moeten worden op basis van psychopathologie of op basis van draagkracht en ondersteuningsnood. De experts van de focusgroep gaven gezien de hoge co-morbiditeit en complexiteit van de problematieken van de meeste geïnterneerden de voorkeur aan een niet-pathologiegebonden werking waarbij de nadruk ligt op het niveau van draagkracht, verantwoordelijkheid en gevaarlijkheid.

Er is geen consensus of het beter zou zijn om geïnterneerden in een FPC op te delen op basis van hun ondersteuningsnood dan wel op basis van hun psychiatrische stoornis.

Er zijn wel suggesties om geïnterneerden met een verstandelijke beperking (Cosyns, 2005) en geïnterneerden met seksuele stoornissen (Rice & Harris, 1997) op afzonderlijke afdelingen te behandelen.

De experts van de focusgroep gaan akkoord met bovenstaand voorstel om bepaalde groepen op een aparte afdeling te behandelen. Uit de resultaten van de Delphi studie

is er echter geen consensus over het afzonderen van geïnterneerden met bepaalde stoornissen.

Er is geen consensus of sommige types van psychiatrische stoornissen binnen eenzelfde afdeling van een PFC kunnen behandeld worden.

De behandeling van geïnterneerden is bij voorkeur integraal, waarbij er gelijktijdig op verschillende problemen gewerkt wordt. Ax et al. (2007) geven aan dat een multidimensionale benadering gericht op de verschillende problemen, gunstiger is en aanleiding geeft tot een meer geïndividualiseerde en holistische behandeling.

De resultaten van de Delphi studie ondersteunen deze integrale benadering in een FPC, wat wil zeggen dat in een behandeling gelijktijdig gericht wordt op verschillende probleemgebieden en hun onderlinge verhouding. Verder stellen de Delphi experts dat de behandeling afgestemd dient te worden op de mogelijkheden en beperkingen van de geïnterneerde (in lijn met het responsiviteitsprincipe van het RNR Model).

Er is consensus dat de behandeling van geïnterneerden in een FPC integraal dient georganiseerd te worden (d.w.z. gelijktijdig gericht op verschillende probleemgebieden en op hun onderlinge verhouding).

Er is consensus dat de behandeling van geïnterneerden in een FPC aangepast dient te zijn aan de mogelijkheden en beperkingen van de geïnterneerde.

4.2.4.3. Resocialisatie en het forensisch psychiatrisch zorgcircuit

Het resocialisatieproces moet plaats vinden zonder de veiligheid van de geïnterneerde zelf, noch deze van de samenleving in gevaar te brengen. Daarom kunnen enkel geïnterneerden met een beheersbaar en aanvaardbaar delict risico in aanmerking komen voor resocialisatie. Het EFP (2012) stelt daarom een aantal voorwaarden voorop die kunnen helpen om te bepalen of geïnterneerden al dan niet klaar zijn voor hun terugkeer naar de maatschappij. Zo moeten zij het grootste deel van hun behandeling hebben doorlopen en inzake veiligheidsbeperkingen een stabiel niveau vertonen. Zij moeten in staat zijn om hun bijzondere delict risico's te erkennen en ze moeten kunnen aantonen daar verantwoordelijkheid te willen voor opnemen. Geïnterneerden in deze fase moeten daarnaast ook een inspanning leveren om de risicofactoren de baas te blijven en daarom moeten zij de blijvende bereidheid hebben om de samenwerking met een behandelteam verder te zetten. Het is belangrijk dat de geïnterneerde hierbij een voldoende open houding aanneemt over het eigen doen en laten. Indien nodig kunnen naast extra controlemaatregelen ook blijvende structurerende voorwaarden opgelegd worden, zoals de verplichte inname van psychofarmaca of de verplichting om in een beschermde woonvorm te gaan leven.

Het merendeel van de geïnterneerden heeft na hun ontslag uit de behandelinstelling hoe dan ook een vorm van ondersteuning nodig. In de praktijk kan dit evenwel erg verschillend zijn. De ondersteuning kan bijvoorbeeld variëren van zelfstandig wonen met slechts enkele uren begeleiding per week tot een residentiële voorziening met 24u-begeleiding zoals een forensisch psychiatrisch verzorgingstehuis.

'Het is een proces waar de patiënten losgeweekt worden en ergens anders aangehecht worden.' (citaat uit interview met een hulpverlener).

Precies met het oog op een betere verankering van mensen met psychische problemen in de maatschappij zet de Belgische federale overheid in samenwerking met de gewesten en de gemeenschappen, momenteel in op een meer maatschappijgerichte geestelijke gezondheidszorg.

Ten opzichte van het buitenland blijkt immers dat in België de psychiatrische zorgverlening in grotere mate residentieel georiënteerd is gebleven en bijgevolg minder naar een vraaggestuurd en gemeenschapsgericht model is geëvolueerd. Ter illustratie, volgens een WHO rapport van 2008 kent België het tweede hoogste aantal psychiatrische residentiële bedden in Europa (Gerits, 2011)¹. In verband hiermee stelt Vandergraesen (2011) dat er in België in het verleden reeds initiatieven tot desinstitutionalisering en zorgdifferentiatie werden genomen. Hierbij kan gedacht worden aan de reconversie in het begin van de jaren '90 waarbij onder andere projecten beschut wonen werden geïnstalleerd. Later werden geleidelijk aan diverse pilootprojecten opgestart zoals de forensische psychiatrische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen en andere sectoroverschrijdende initiatieven zoals bijvoorbeeld casemanagement voor druggebruikers (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2005). Dat aan het principe van de vermaatschappelijking van de zorg onder meerdere gedaantes vorm kan gegeven worden, mag blijken uit het ruime assortiment aan theorieën, concepten en modellen dat beschikbaar is. In alle sectoren van de non-profit klinken begrippen zoals thuiszorg, resocialisatie, herintegratie, rehabilitatie, recovery, outreaching, community treatment, Critical Time Intervention, casemanagement, continuïteit van zorg, zorgnetwerken en zo meer wellicht bekend in de oren.

Naar het voorbeeld van andere landen waar de voornoemde gemeenschapsgerichte principes structureel zijn ingebed in de zorgverlening, wil ook België op deze weg verder gaan. De hervorming die momenteel op tafel ligt is beter gekend als Artikel 107 dat als doel heeft om via zogenaamde FACT-teams in afgebakende regio's psychiatrische zorg aan huis te leveren. Op deze wijze kan een afbouw van het aantal residentiële psychiatrische bedden gerealiseerd worden (Storme & Van de Voorde, 2011). Volgens de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, is het letterwoord FACT een afgeleide van het Engelse drieletterwoord ACT wat op zijn beurt staat voor Assertive Community Treatment. De 'F' in het letterwoord staat voor 'Functie'. In oorsprong is ACT een organisatie-model dat uit Amerika werd overgenomen en dat gericht is op de thuisbegeleiding van patiënten met ernstige psychiatrische stoor-

1 Gerits P. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20110303_co28_en.pdf.

nissen. Vanuit evidence-based aanbevelingen wordt ACT overigens gezien als de meest aanbevolen vorm van begeleiding voor schizofrene patiënten. In Nederland hebben de ACT-teams en de FACT-teams zich als twee afzonderlijke organisatie-modellen ontwikkeld. Daar waar de ACT-teams zich in principe richten tot de 20% meest ernstig en vaak acuut zieke psychiatrische patiënten, richten de FACT-teams zich eerder op de volledige populatie van psychiatrische patiënten. Het betreft hier vooral chronische patiënten die op regelmatige basis begeleiding nodig hebben om zich in de maatschappij te kunnen blijven handhaven. Dit heeft als voordeel dat er minder patiënten terugvallen in een crisissituatie waardoor een residentiële opname kan vermeden worden. Dit is niet alleen beter voor de patiënt zelf, het blijkt bovendien kostenbesparend te werken. ACT en FACT blijken verder een gunstige invloed te hebben op de daklozenproblematiek omdat ook voor de opvang van deze doelgroep korter op de bal kan gespeeld worden. Tenslotte verbeteren ACT en FACT de veiligheid en de leefbaarheid in de wijken. Er is namelijk een nauwe samenwerking met politie- en reclasseringsdiensten. Zoals het overigens met geïnterneerden vaak het geval is, komen psychiatrische patiënten ten gevolge van hun ziekte geregeld in conflict met hun omgeving, waarna ze een verhoogd risico hebben om in aanraking te komen met justitie. Ook op dit cascadesysteem kunnen FACT en ACT een positieve invloed hebben (Konrad & Lau, 2010; Werbart & Wang, 2012; Zwemstra, 2009).

(F)ACT-teams bestaan overigens al geruime tijd in Nederland waar de desinstitutionaliseringbeweging reeds begin de jaren '90 werd ingezet ten voordele van kleinschalige, regionale GGZ-instellingen met vooral nadruk op ambulante behandeling (Zwemstra, 2009). Deze teams bieden bemoeizorg volgens een bepaald model. *'De nadruk ligt op outreachende zorg, praktische en intensieve begeleiding en doorlopende coördinatie van het hulpaanbod vanuit een team'* (Van De Lindt, 2007). Ten aanzien van de meest zieke patiënten, waaronder de forensische patiënten vaak ressorteren, zijn er in Nederland ten gevolge van de reconversie destijds een aantal problemen gerezen die door ACT en FACT blijkbaar niet volledig konden worden gecompenseerd. Hoewel een groot deel van de psychiatrische patiënten gebaat waren bij de vermaatschappelijking van de zorg, bleek een leven buiten de traditionele psychiatrie voor de meest zieke patiënten soms te hoog gegrepen. Sommige patiënten bleken blijvend nood te hebben aan een zekere mate van bevoogding en structuur.

Door de afbouw van residentiële plaatsen in de psychiatrie vonden een aantal patiënten dan ook geen aansluiting meer met de reguliere psychiatrie en werden zij bijgevolg aan hun lot overgelaten. Zwemstra citeert Mulders (2005) die dit fenomeen als 'the right to rot' benoemde. Dit type patiënten wordt intussen de 'zorgwekkende zorgmijders' genoemd, mensen met psychische problemen die in toenemende mate in het daklozencircuit, de gevangenissen en in de forensische circuits terechtkomen. Er bestaan inmiddels verschillende initiatieven die zich specifiek richten op dit doelpubliek zoals bijvoorbeeld Villa Voortman in Gent, een ambulant laagdrempelig ontmoetingscentrum gericht op personen met een dubbele diagnose waaronder ook mensen met een interneringsstatuut die vanuit de gevangenis hun weg terugzoeken naar de maatschappij. De vaststelling van Zwemstra (2009) dat een bruuske desinstitutionalisering onbedoelde effecten met zich kan meebrengen, is overigens geheel in lijn met

wat Harcourt reeds in 2000 in Texas vaststelde: de reductie van het aantal psychiatrische ziekenhuizen halfweg de jaren '70 werd ook daar in verband gebracht met een sterke toename van de gevangenispopulatie.

Bovenstaande ervaringen uit Amerika en Nederland zouden naar aanleiding van de hervormingen aan de hand van artikel 107 best als aandachtspunt meegenomen worden. Het zou betreuenswaardig zijn mocht een gelijkaardig cascadesysteem leiden tot bepaalde vernauwingen van de doorstroming in het beoogde zorgcircuit. Meer psychiatrische zieken in de Belgische gevangenissen zou immers betekenen dat er een hogere nood zou ontstaan aan meer opvangcapaciteit in het reguliere circuit. Indien de afbouw van de residentiële bedden in onvoldoende mate gecompenseerd zou worden door degelijke alternatieven in het (F) ACT model, valt te verwachten dat er onbedoeld opnieuw patiënten in het penitentiaire systeem zullen terechtkomen. Zonder voldoende ambulante begeleiding, zowel op het vlak van psychische zorg als met betrekking tot maatschappelijke beveiliging, zal ook het nieuw FPC wellicht snel dichtslibben.

Om geïnterneerden adequaat te kunnen behandelen en begeleiden is het van belang om een Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit uit te bouwen met een ruim en divers aanbod van therapeutische mogelijkheden (Cosyns, 2005). Het is immers noodzakelijk dat er voor elke geïnterneerde een aangepast en geïndividualiseerd traject wordt ontwikkeld dat beantwoordt aan de particuliere noden inzake zorg en recidiverisico. Zodoende wordt het mogelijk om naargelang de individuele zorgbehoefte een zorgtraject van op elkaar aansluitende behandelfasen te realiseren.

Hoewel 'zorgcircuit' en 'zorgtraject' in Vlaanderen momenteel veel gehanteerde begrippen zijn, valt het op dat er verschillende soortgelijke termen circuleren. Concreet gaat dit – onder meer – om begrippen als intramurale, extramurale en transmurale zorgpaden, geïntegreerde zorgpaden, zorgcircuits, zorgtrajecten, zorglijnen, zorgketens en zorgprogramma's. Wat precies de verschillen zijn tussen deze termen en concepten is evenwel niet steeds duidelijk.

In een forensische context wordt de term 'zorgtraject' in Nederland minder frequent gebruikt dan momenteel in Vlaanderen het geval is. Het lijkt erop dat de term in Nederland vooral gehanteerd wordt in omstandigheden die verwijzen naar de reguliere curatieve gezondheidszorg. Dit blijkt onder meer uit de manier waarop DBC-onderhoud (2013) een zorgtraject definieert. DBC staat voor 'Diagnose Behandeling Combinatie', een systematiek die in 2005 werd ingevoerd omdat de Nederlandse overheid meer transparantie wenste over de prijs en de geleverde prestaties in de gezondheidszorg. Het DBC-systeem is bedoeld om inzicht te krijgen in de kosten van een behandeling en in het daadwerkelijk gebruik van de zorg. Hierdoor kunnen zorginstellingen efficiënter werken en goede zorg leveren tegen een aanvaardbare prijs. Voor een zorgtraject geven zij de volgende definitie: *'Een zorgtraject is een aaneenschakeling van één initiële DBC met één of meerdere vervolg DBC's met dezelfde primaire diagnoses. Het zorgtraject beschrijft het geheel van activiteiten en verrichtingen die aan een patiënt voor één bepaalde primaire diagnose geleverd zijn (over de DBC 's heen).*

Nog in Nederland wordt in het ‘uitvoeringsprotocol Forensische Zorg 2011’ de term ‘zorgtraject’ gebruikt om aan te geven welke reguliere zorg iemand al gekregen heeft buiten de forensische zorg. ‘Zorgtraject’ wordt dus blijkbaar eerder gebruikt om de reguliere zorg te onderscheiden van de zorg in de erkende forensische sector.

In Vlaanderen ligt dit anders en formuleert Zorgnet Vlaanderen², in de publicatie ‘Geen opsluiting maar sleutels tot re-integratie’ van oktober 2012 (Moens & Pauwelyn, 2012) de volgende definities zoals die eerder ook al door Nassen en collega’s (1997) werden vastgelegd.

Zorgcircuit: Het volledige zorgaanbod van een netwerk voor een bepaalde doelgroep (bv. geïnterneerden). Het is opgebouwd uit alle noodzakelijke zorgtrajecten voor die doelgroep, met garantie op zorg op maat en zorgcontinuïteit.

Zorgtraject: Verzameling van zorgactiviteiten voor een deelpopulatie, in dit geval geïnterneerden. Dit zorgtraject is een onderdeel van het GGZprogramma volwassenen.

Zorgprogramma: Inhoudelijke omschrijving van verschillende zorgtrajecten die in een zorgcircuit aangeboden worden.

Volgens Cosyns (2005, p.3) dient een zorgcircuit te bestaan uit de volgende schakels:

- Residentiële forensische behandelafdelingen voor kortdurend of langdurend verblijf
- Forensisch psychiatrisch verzorgingstehuizen
- Forensisch beschut wonen
- Dag en nacht verblijf met zowel therapeutisch als rehabiliterend karakter
- Psychiatrische zorg in de thuissituatie en ambulante behandeling of begeleiding

Een goede samenwerking tussen alle actoren in het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg met uitstroombmogelijkheden naar vervolginstellingen is dus noodzakelijk om een volwaardig Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit te kunnen organiseren.

In verband hiermee stellen de experts van de Delphi studie dat een FPC enkel een meerwaarde kan betekenen als het een schakel kan vormen in een breder Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit. Verder benadrukken de experts het belang van een goede samenwerking met vervolginstellingen voor de intensieve nazorg van de geïnterneerden.

Er is consensus dat een FPC slechts een meerwaarde vormt indien het een schakel vormt in een Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit.

2 Zorgnet Vlaanderen is de werkgeversorganisatie van christelijke social profit instellingen in Vlaanderen. Dit is onder meer het geval voor 34 psychiatrische ziekenhuizen met in totaal 8700 bedden, dewelke reeds participeren in de zorg aan forensische patiënten waardoor ze de facto deel zullen uitmaken van het beoogde forensische psychiatrische zorgcircuit in Vlaanderen. Meer info op: www.zorgnetvlaanderen.be.

Er is consensus dat er voor de intensieve nazorg van de geïnterneerden dient samengewerkt te worden met externe instellingen.

Verder zou de ontwikkeling van een continue registratie van geïnterneerden een meerwaarde kunnen betekenen in het visualiseren van de zorgtrajecten van iedere geïnterneerde (Cosyns et al., 2007). Dit is vooral van belang om transitieproblemen te kunnen identificeren tussen verschillende forensische instellingen, zoals bijvoorbeeld in de overgang van instellingen met een hoge veiligheidsgraad naar instellingen met een lagere veiligheidsgraad (Grounds et al., 2004; Higgo & Shetty, 1991; Tetley, Evershed & Krishnan, 2010). Gebeurt deze registratie niet, dan is het niet ondenkbaar dat het forensisch zorgcircuit op bepaalde plaatsen zal dichtslippen, een problematiek die zich niet in het minst dreigt te manifesteren wanneer voor de geïnterneerde het moment van re-integratie in de maatschappij is aangebroken (Cosyns et al., 2007).



Website Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) (Nederland): www.dbconderhoud.nl

Website Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (Nederland): www.ccaf.nl

Referenties

- Adams, K., & Ferrandino, J. (2008). Managing mentally ill inmates in prison. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 913-927.
- Adshead, G., & Sarkar, S.P. (2005). Justice and welfare: Two ethical paradigms in forensic psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1011-1017.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct. 5th edition*. Elsevier Science.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755.
- Ax, R.K., Fagan, T.J., Magaletta, P.R., Morgan, R.D., Nussbaum, D., & White, T.W. (2007). Innovations in correctional assessment and treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 893-905.
- Blackburn, R. (2004). "What works" with mentally disordered offenders. *Psychology, Crime & Law*, 10, 297-308.
- Boers, A., Vandeveldel, S., Soyeze, V., De Smet, S., & To, W.T. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 32(2), 17-38.
- Bouman, Y.H.A. (2009). *Quality of life and criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders. A good lives approach*. Doctoral Dissertation. Maastricht University, The Netherlands, December 10, 2009.
- Braet, G. (2008). *The Risk-Need-Responsivity Model versus the Good Lives Model concerning the rehabilitation of sexual offenders. A comparison between Belgian and Canadian treatment units*. Eindverhandeling neergelegd tot het behalen van de graad van Master in de Criminologische Wetenschappen. Vrije Universiteit Brussel. Opgehaald van het World Wide Web op <http://www.scripriebank.be/sites/default/files/e46daf8270d61f9d7efa3639ac738cc2.pdf> (januari 2013).

- Broekaert, E. (2010). Personen met gedragsstoornissen. In E. Broekaert, G. Van Hove, S. Vandeveldde, V. Soyez & W. Vanderplasschen (Red.), *Handboek Bijzondere Orthopedagogiek*. Antwerpen, Apeldoorn: Garant.
- Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D.J., & Kaplan, C.H. (2000). Retrospective study of similarities and relations between the American drug-free and the European therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 407-417.
- Broothaerts, J.P., & Tack, M. (2001). *Verslaving en motivationele gesprekstechnieken. Handboek: het motivationele gesprek*. Leuven, Apeldoorn: Garant.
- Busch, C. (2012). *What works? Wat werkt en wat niet bij het reduceren van recidive*. Lezing in het kader van de Permanente Vorming Forensische Gedragswetenschappen, Universiteit Gent, 4 december 2012, Gent. Ongepubliceerde slides.
- Cosyns, P. (2005). *Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit*. Syntheseverlag mei 2005. (onpubliceerd rapport).
- Cosyns, P. (2012). *Hulpverlening in forensische context*. Lezing in het kader van de Permanente Vorming Forensische Gedragswetenschappen, Universiteit Gent, 9 oktober 2012, Gent. Ongepubliceerde slides.
- Cosyns, P., D'Hondt, C., Janssens, D., Maes, E., & Verellen, R. (2007). Geïnterneerden in België: De cijfers. *Panopticon*, 28, 46-61.
- DBC-Onderhoud. (2012). *Diagnose Behandeling Combinatie – Onderhoud*. Beschikbaar op: <http://www.dbconderhoud.nl> (januari 2013).
- Department of Health (2010). *Your guide to relational security, see, think, act*. Beschikbaar op: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_113671.pdf (januari 2013).
- De Ruiter, C., & Nicholls, T.L. (2011). Protective factors in Forensic Mental Health: A New Frontier. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 160-170.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., & Bouman, Y. (2007). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 102-119.
- Dillen, C., & Cosyns, P. (2000). *Behandeling van seksuele delinquenten in België*. Leuven: Garant.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). (2012). *Basis Zorgprogramma. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten*. Beschikbaar op: http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/basiszp_versie_1.1_dec_2012.pdf (januari 2013).
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Fitzpatrick, R., Chambers, J., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., Jenkinson, C., . . . Yiend, J. (2010). A systematic review of outcome measures used in the mental health research with consensus panel opinion. *Health Technology Assessment*, 14, 1-94.
- Gagne, C., White, W., & Anthony, W.A. (2007). Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 32-37.
- Grounds, A., Gelsthorpe, L., Howes, M., Melzer, D., Tom, B.D.M., Burgha, T., ... Meltzer, H. (2004). Access to medium secure psychiatric care in England and Wales. 2: A qualitative study of admission decision-making. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 32-49.

- Gudjonsson, G.H., Savona, C.S.V., Green, T., & Terry, T. (2011). The recovery approach to the care of mentally disordered patients. Does it predict treatment engagement and positive social behaviour beyond quality of life? *Personality and Individual Differences*, 51, 899-903.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. (2009). The accuracy of recidivism risk assessment for sexual offenders: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 21, 1-21.
- Harcourt, B.E. (2000). From the asylum to the prison: rethinking the incarceration revolution. *Texas Law Review*, 84, 1751-1786.
- Hermanns, J. (2009). Nieuwe wegen in het terugdringen van recidive? *Proces*, 88(3), 147-154.
- Hermanns, J., & Menger, A. (2009). *Walk the line. Over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Amsterdam: SWP.
- Higgo, R., & Shetty, G. (1991). Four years' experience of regional secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry*, 2, 203-210.
- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2000). *Violence, Crime and Mentally Ill Offenders: Concepts and Methods for Effective Treatment and Prevention*. Chichester: Wiley.
- Howells, K., Krishnan, G., & Daffern, M. (2007). Challenges in the treatment of dangerous and severe personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 325-332.
- Hummelen, J.W. (2011). *Over grenzen en open vensters*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de forensische psychiatrie aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Rijksuniversiteit Groningen. Beschikbaar op: http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/EFP_Oratie_Hummelen_8-2-2011.pdf (januari 2013).
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jones, M. (1968). *Beyond the therapeutic community. Social learning and social psychiatry*. New Haven: Yale University Press.
- Jongerius, P.J. (1981). De psychiater als milieukundig ingenieur. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 317-325.
- Kennedy, H.G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443.
- Knabb, J.J., Welsh, R.K., & Graham-Howard, M.L. (2011). Treatment alternatives for mentally disordered offenders: A literature Review. *Psychology*, 2(2), 122-131.
- Kok, J.F.W. (1997). *Specifiek opvoeden, een orthopedagogisch perspectief*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Konrad, N., & Lau, S. (2010). Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 236-240.
- Kröger, U., & van Beek, D. (2006). Ontwikkelingen in de behandeling van ter beschikking gestelden. *Maandblad Geestelijke volkgezondheid*, 61, 916-929.
- Lancel, M., Oosterbos, N., Spreen, M., & Akkerman-Bouwsema, G. (2011). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de START. *Panopticon*, 6, 6-20.
- Linestone, H.A., & Turoff, M. (2002). Introduction. In H.A. Linestone & M. Turoff (Red.), *The Delphi Method. Techniques and Applications*. Beschikbaar op: <http://www.is.njit.edu/pubs/delphibook> (januari 2013).

- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology, 14*, 83-100.
- Menger, A. (2008). Professioneel werken in gedwongen kader. *Justitiële Verkenningen, 34*, 42-56.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 129-140.
- Moens, I., & Pauwelyn, L. (2012). *Geen opsluiting maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behavior*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 783-792.
- Nassen, E., Theunis, K., Du Laing, L., & Van Holsbeke, J. (1999). *Nieuw beschrijvend Begrippenkader Geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Licap.
- Plugge, E., Douglas, N., & Fitzpatrick, R. (2011). Changes in health-related quality of life following imprisonment in 92 women in England: a three month follow-up study. *International Journal for Equity in Health, 10*, 21.
- Pomp, E. (2009). *Het Good Lives Model. Een literatuurstudie*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Beschikbaar op: http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/EFP_Good_Lives_Model_Literatuurstudie_0.pdf (januari 2013).
- Rapoport, R.N. (1960). *Community as a doctor. New perspectives on a therapeutic community*. Londen: Tavistock Publications.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (1997). The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology, Public Policy, and Law, 3*, 126-183.
- Storme S., & Van de Voorde J. (2011). Artikel 107: Facts, F.A.Q.'s en (F)A.C.T.s. *Psychiatrie & Verpleging, 3*.
- Ten Wolde, A.C. (2006). *Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde programma's*. Drenthe: Hoeve Boscoord.
- Tervoort, M. (2010). *Forensische psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*. Assen: Van Gorcum.
- Tetley, A.C., Evershed, S., & Krishnan, G. (2010). Difficulties in the pathways from high to medium secure services for personality-disordered patients. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 21*, 189-201.
- To, W.T., Vandeveld, S., Soyey, V., De Smet, S., Boers, A., & Vanheule, S. (2012). Treatment perspectives on interned mentally ill offenders in a forensic psychiatric center (FPC): a Delphi study on experts' opinions. *Psychology, Crime & Law, 0(0)*, 1-17. doi:10.1080/1068316X.2012.736511
- Van De Lindt, S. (2007). Bemoezing in bange dagen, *MGV, 5*, 401-413.
- Vandergraesen, M. (2011). Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, *Psychiatrie en Verpleging, 1*, BVL.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. In W. Buisman et al. (Red.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid* (pp. 1-34). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Vandevelde, S., Soyez, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, *34*, 71-78.
- Vanhoeck, K. (2002). Motivatie bewerken bij forensische cliënten. *Psychopraxis*, *4*, 120-125.
- Verheij, F., van Loon, H., & de Boer, J.E. (1989). *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld*. Assen: Van Gorcum.
- Waddell, G., & Burton, A.K. (2004). *Concepts of rehabilitation for the management of common health problems*. Norwich: The Stationery Office (TSO).
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, *10*(3), 243-257.
- Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, *12*, 87-107.
- Ward, T., Yates, P.M., & Willis, G.M. (2011). The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model: A critical response to Andrews, Bonta & Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, *39*, 94-110.
- Webster, C.D., Doulgas, K., Eaves, D., & Hart, D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence*. Vancouver: Mental Health, Law, Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C.D., Martin, M.L., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2009). *Manual for the short-term assessment of risk and treatability (START), version 1.1*. Coquitlam, Canada: BC Mental Health & Addiction Services; Hamilton, Canada, St.-Joseph's Healthcare.
- Werbart, A., & Wang, M. (2012). Predictors of not starting and dropping out from psychotherapy in Swedish public service settings. *Nordic Psychology*, *64*(2), 128-146.

HOOFDSTUK 5

Behandeling van specifieke doelgroepen

Stefaan De Smet, Stijn Vandeveldde & Wing Ting To

Reeds in 2007 onderscheidde Cosyns de aandacht voor specifieke populaties, zoals personen met een verstandelijke beperking, als belangrijke prioriteit op het gebied van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de hulpverlening aan geïnterneerden. Hieronder werken we kort een aantal aspecten uit voor personen met een verstandelijke beperking en ‘oudere’ geïnterneerden.

5.1. Geïnterneerden met een verstandelijke beperking

5.1.1. Kenmerken en profiel

Personen met een verstandelijke beperking vormen een niet onbelangrijke subgroep in de forensische zorg. Internationale cijfers wijzen bijvoorbeeld uit dat de prevalentie van personen met een gediagnosticeerde verstandelijke beperking in gevangenissen varieert tussen een half en anderhalf procent (Fazel et al., 2008). De prevalentie van daders met een verstandelijke beperking in een justitiële context wordt door Lindsay (2011) geschat tussen de twee en tien procent. Recent onderzoek in Vlaanderen wijst uit dat het gaat om ongeveer één vijfde van de geïnterneerden (Verlinden et al., 2009), een cijfer dat ook gerapporteerd wordt in een eerdere studie die uitgevoerd werd door centrum OBRA (Werking Ontgrendeld) bij geïnterneerden die verblijven in een correctionele setting (Vanden Hende et al., 2005).

Deze Vlaamse cijfers (Vanden Hende et al., 2005) tonen onder meer aan dat het meestal om mannelijke cliënten gaat, en dat meer dan 70% naast een verstandelijke beperking ook één of meerdere psychiatrische stoornissen heeft. Verslaving, stoornissen in impulsbeheersing, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen en

seksuele en genderidentiteitsstoornissen zijn hierbij veel voorkomend. Verlinden et al. (2009) wijzen er verder op dat heel wat geïnterneerden reeds een geschiedenis hebben van hulpverlening en zorg, met name in het buitengewoon onderwijs, een psychiatrische voorziening, de gehandicaptenzorg of de bijzondere jeugdzorg, pleegzorg en internaten. Het betreft personen met een complex profiel van nauw met elkaar verweven problemen, waaronder bijvoorbeeld een beperkt sociaal netwerk, kwetsbaarheid, manipuleerbaarheid en gebrek aan weerbaarheid ('gullibility'), bijkomende gedragsproblemen en betrokkenheid in risico-gedrag (Werking Ontgrendeld, 2010). Het gaat met andere woorden om mensen met een beperkte draagkracht die nood hebben aan geïndividualiseerde ondersteuning.

Bovenstaande kenmerken van geïnterneerden met een verstandelijke beperking vertonen opvallende gelijkenissen met wat men in Nederland LVB-cliënten (*Licht Verstandelijke Beperking*) met een bijkomende complexe problematiek noemt. Rijkaart en Neijmeijer (2011, p. 17) omschrijven deze groep treffend als volgt:

'Er is sprake van langdurende gedrags- en/of psychiatrische problematiek in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. Het gaat om mensen die door een scala aan oorzaken de grip op het leven zijn kwijtgeraakt, die zelf niet om zorg (kunnen) vragen, die moeilijk te stabiliseren zijn en regelmatig in crisissituaties belanden. Daarnaast kan er ook sprake zijn van middelenmisbruik en risicovol en/of overlastgedragend gedrag. De doelgroep is zeer gevarieerd van samenstelling. Het kan gaan om mensen die zelfstandig wonen, in beschermde woonvormen wonen of binnen de maatschappelijke opvang verblijven.'

Op basis van (vooral internationaal) onderzoek weten we dat personen met psychiatrische stoornissen en een verstandelijke beperking over het algemeen langer in het justitiële systeem blijven en moeilijker vooruitgang maken in een forensisch zorgcircuit. Dit zou vooral te wijten zijn aan het feit dat ze vaak ernstigere problemen hebben en over minder 'resources' beschikken dan andere forensische cliënten (Lunsky et al., 2011). Raina en Lunsky (2010) bijvoorbeeld stellen in hun onderzoek in een gespecialiseerde psychiatrische instelling in Canada vast dat forensische patiënten met een verstandelijke beperking in vergelijking met niet-forensische patiënten met een verstandelijke beperking meer problemen hebben met drugmisbruik en ook langer in de voorziening dienen te blijven. Omwille van deze ernstigere moeilijkheden hebben deze cliënten dan ook nood aan een meer intensieve ondersteuning. Hierbij lijkt het belangrijk om seksueel en fysiek misbruik en verwaarlozing in de persoonlijke levensgeschiedenis te screenen, gezien dit vaker zou voorkomen bij forensische cliënten met een verstandelijke beperking (Lunsky et al., 2011). Het creëren van een veilige omgeving is dan ook essentieel.

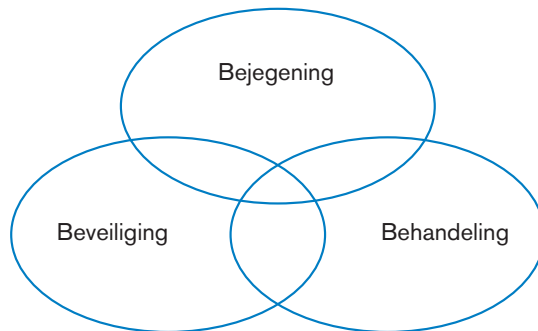
5.1.2. Behandeling en begeleiding: de 3 'B's' als uitgangspunt

Het behandelen, begeleiden en ondersteunen van deze kwetsbare doelgroep houdt in dat rekening moet worden gehouden met tenminste drie aspecten, met name het *behandelen* op zich, het *beveiligen* (zowel van de maatschappij als van de cliënt) en het *bejegenen* (de manier waarop we omgaan met de ander) (De Borg, 2012).

De Borg, een voorziening in Nederland die gespecialiseerd is in het behandelen van personen met een licht verstandelijke beperking en bijkomende ernstige gedrags- en/of psychiatrische stoornissen, noemt dit de '3 B's', waarin de eigenheid van verschillende betrokken sectoren goed wordt gevat.

Bij bejegenen gaat het om de orthopedagogische aspecten die erop gericht zijn in relatie te treden met de ander; behandelen gaat in op alles wat binnen de geestelijke gezondheidszorg kan worden gesitueerd; en beveiliging heeft te maken met justitiële elementen zoals risicotaxatie en -management.

Figuur 1: De 3 'B's' in het omgaan met personen met een verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblemen (naar De Borg, 2012)



Zonder hierbij te veel in detail te treden sommen we in wat volgt enkele belangrijke elementen op bij elk van deze begrippen.

Het aspect *bejegening* (dat sterk gelinkt is aan het concept van de responsiviteit uit het RNR Model, zie deel 4.1.2.2. C) is essentieel. Personen met een verstandelijke beperking hebben niet zozeer nood aan andere technieken of methoden. Het is daarentegen wel nodig de bestaande interventies aan te passen aan hun eigen specifieke noden en behoeften (Rijkaart & Neijmeijer, 2011). Ideeën rond de 'orthopedagogische relatie', onder meer uitgewerkt door Kok (1997), de aandacht voor wat het 'gewone leven' biedt (Ter Horst, 2006), een focus op mogelijkheden en sterktes (AAIDD, 2010), het belang om rekening te houden met de sociaal-emotionele ontwikkeling (Došen, 2005) en concepten als empowerment en quality of life (Claes et al., 2012) zijn hierbij richtinggevend. Het tegemoet komen aan individuele behoeften draagt bij tot iemands quality of life, waarvan we – in navolging van het Good Lives Model – menen dat het

op langere termijn ook positieve implicaties kan hebben met betrekking tot risicobeheersing en -management. Dit sluit goed aan bij recente tendensen in Nederland rond het inzetten van (F)ACT (Functie Assertive Community Treatment) voor personen met een langdurende zorgvraag. Zeer recent is hierrond door het Trimbos-Instituut een model ontwikkeld voor personen met een verstandelijke beperking, dat, ook voor de Vlaamse situatie, concrete handvatten kan bieden (Rijkaart & Neijmeijer, 2011).

Het aspect *beveiliging* houdt verband met risicotaxatie en -management. Hierbij is het vooral belangrijk die criminogene factoren in rekening te brengen die specifiek zijn voor personen met een verstandelijke beperking. Kenmerken bij personen met een beperking kunnen immers in twee groepen worden ingedeeld: deze die het gevolg zijn van en deze die niet het gevolg zijn van de verstandelijke beperking. Voorbeelden van algemene, niet-specifieke, kenmerken zijn onder meer antisociale attitudes, persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie. In de tweede groep, de specifieke kenmerken, zien we tragere informatieverwerking, leerproblemen, taal- en communicatieproblemen, seksuele naïviteit, lage zelfwaarde, en een gebrek aan assertiviteit. Deze kenmerken komen ook voor bij anderen, maar zijn meer uitgesproken bij mensen met een verstandelijke beperking (Camilleri & Quinsey, 2011). Zoals reeds in het boek werd aangegeven (zie deel 4.2.4.1. D) evolueerde risicotaxatie van een puur klinische benadering naar een gestructureerde klinische inschatting met behulp van gestandaardiseerde instrumenten. Specifiek voor personen met een verstandelijke beperking zijn er veelbelovende resultaten met de Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), evenwel met die bedenking dat dit instrument vooral aandacht heeft voor statische factoren. Vanuit een behandelingsoogpunt is het evenwel relevanter te focussen op dynamische risicofactoren die middels interventie kunnen worden beïnvloed. Een instrument dat hiermee wel rekening houdt en waarvan de validiteit en bruikbaarheid momenteel verder empirisch worden onderzocht is de Assessment of Risk Manageability for Intellectually Disabled Individuals who Offend (ARMIDILO), die ontwikkeld werd voor seksuele delinquenten met een verstandelijke beperking (Blacker et al., 2011).

Met betrekking tot de *behandeling* van geïnterneerden met een verstandelijke beperking is er de laatste jaren vooral aandacht geweest voor cognitief-gedragstherapeutische interventies die gericht zijn op het beheersen van geweld en woede ('anger management') (Verlinden et al., 2009). Er werd verder ook onderzoek verricht rond de behandeling van personen die seksuele misdrijven hebben gepleegd (zie Lindsay et al., 2011). Hoewel er momenteel op basis van het weinige onderzoek geen richtlijnen voor best of evidence-based practice kunnen worden gegeven, lijken twee factoren erg belangrijk om mee in overweging te nemen: (1) bij co-morbiditeit/dubbele diagnose dient er ook aandacht te zijn voor de psychiatrische aandoening en (2) adaptieve vaardigheden die nodig zijn om in de samenleving een plaats te verwerven moeten in rekening worden gebracht (Verlinden et al., 2009). Verlinden et al. (2009) wijzen erop dat de aandacht voor de meer orthopedagogische aspecten in de internationale wetenschappelijke wereld bijna volledig lijkt te ontbreken, wat noopt tot verder onderzoek.

We eindigen dit deel dan ook met twee aandachtspunten op dit terrein.

Eerst en vooral lijkt een goede screening en assessment, aangepast aan de noden en behoeften van personen met een verstandelijke beperking essentieel. Het gebruik van specifieke en aangepaste instrumenten biedt hiertoe mogelijke aangrijpingspunten. Naast de hierboven aangegeven risicotaxatie-instrumenten, zijn concrete voorbeelden van recent ontwikkelde vragenlijsten de Substance Use and Misuse among Intellectually Disabled Persons-Questionnaire (*SumID-Q*) (Van der Nagel et al., 2011) die middelengebruik in kaart brengt en de Schaal voor Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking – Revised (*SEO-R*) gebaseerd op het kader van Došen (Claes & Verduyn, 2012).

We sluiten ons graag aan bij het advies van De Borg (2012) waarin gesteld wordt dat bij personen met een verstandelijke beperking in de eerste plaats moet worden vertrokken van een aangepaste bejegening. Dit betekent dat we onze aanpak moeten afstemmen op het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de cliënt, en dit via het werken met strengths-based methodieken, het gebruik van duidelijke communicatie en het bieden van voldoende duidelijkheid, veiligheid en structuur (Neijmeijer et al., 2010).

Volgende concrete aanbevelingen van Neijmeijer en haar collega's (2010, p. 50) rond hoe om te gaan met personen met een verstandelijke beperking in de geestelijke gezondheidszorg zijn hierbij zeer inspirerend, ook voor het werken in een forensisch-psychiatrische context.

Tabel 1: De bejegening van personen met een verstandelijke beperking (geciteerd uit Neijmeijer et al. (2010, p. 50))

- Aansluiten bij het niveau van sociaal-emotionele ontwikkeling;
- Een veilige omgeving bieden en gunstige omgevingscondities creëren;
- Vanuit een stabiel team en gezamenlijke visie te werk gaan;
- Een vertrouwensband opbouwen met de cliënt;
- Communicatie aanpassen (eenvoudig, bondig en concreet taalgebruik, herhalen, tempo aanpassen, gebruik van visuele hulpmiddelen);
- Veel structuur bieden (duidelijk dagprogramma, goede dagbesteding, structuur aanbrengen in de behandeling, gefaseerd werken, heldere regels hanteren);
- De cliënt helpen bij het uitbouwen en versterken van praktische en sociale vaardigheden, en bij het toepassen van deze vaardigheden in verschillende situaties;
- De cliënt op een positieve, competentiegerichte manier benaderen.



Blacker, J., Beech, A.R., Wilcox, D.T., & Boer, D.P. (2011). The assessment of dynamic risk and recidivism in a sample of special needs sexual offenders. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 75-92.

Camilleri, J.A., & Quinsey, V.L. (2011). Appraising the risk of sexual and violent recidivism among intellectually disabled offenders. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 59-74.

Vanden Hende, M., Caris, K., & De Block-Bury, L. (2005). *Ontgrendeld: Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in de Vlaamse gevangenissen*. Gent: Academia Press.

Verlinden, S., Maes, B., & Goethals, J. (2009). *Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Website De Borg: <http://www.de-borg.nl>

Website Trimbos Instituut: <http://www.trimbos.nl>

5.2. Oudere geïnterneerden

5.2.1. Inleiding

Volgens een artikel verschenen in maart 2011 in het *International Business & Economic Research Journal* zal tegen 2050 één derde van de Europeanen ouder zijn dan 60 jaar, maar ook in de VS wordt verwacht dat binnen twintig jaar het aantal 65-plussers zal verdubbeld zijn. Vergrijzing wordt vrijwel steeds in verband gebracht met de negatieve economische gevolgen voor het sociaal zekerheidsstelsel. In dit verband stelt het jaar-rapport van de Belgische studiec commissie dat België zijn vergrijzingkosten niet meer onder controle heeft en dat de sociale uitgaven tegen 2060 met 6,1% zullen toenemen tot 31,4% van het bruto binnenlandsproduct (Van den Broek, 2012).

Gezien het bovenstaande, is het opmerkelijk dat de discussie over de vergrijzing in de penitentiaire context vooralsnog weinig aan bod komt in het maatschappelijke debat. Dit in tegenstelling tot andere kwesties zoals ethische en economische vraagstukken over de stijgende medische zorgen bij ouderen, de einde-loopbaan-problematiek en euthanasie bij ouderen met dementie.

Het boek 'Aging prisoners' van de Amerikaanse auteur Ron H. Aday dat gepubliceerd werd in 2003 vormt hierop echter een uitzondering en het is dan ook zowat het enige standaardwerk over oudere misdadigers dat voorhanden is. Niet toevallig verscheen dit boek in de periode waarin de vergrijzing in de gevangenis als gevolg van de 'three strikes law' pas echt voelbaar werd in vele Amerikaanse gevangenis-sen. Wetenschappelijke publicaties over vergrijzing en criminologie zijn voor het overige slechts in beperkte mate beschikbaar. Het is dan ook weinig verrassend dat de beschikbare literatuur over de specifieke doelgroep van oudere misdadigers die ontoerekeningsvatbaar werden verklaard, nog zeldzamer blijkt te zijn. Wat alsnog bestaat, handelt in hoofdzaak over reguliere gedetineerden die opgesloten zijn in de gevangenis en bij wie psychische stoornissen worden vastgesteld of in mindere mate ook over oudere misdadigers die zich in een gespecialiseerde forensische instelling bevinden.

Een gerontologische invalshoek op de forensische psychiatrie blijkt vooralsnog gro-tendeels onontgonnen terrein te zijn.

5.2.2. Enkele cijfers

Momenteel loopt aan de Hogeschool Gent en de Vrije Universiteit Brussel een onderzoek naar de kwaliteit van leven bij geïnterneerden van 60 jaar of meer in Vlaanderen (De Smet, 2010). Uit de nog lopende dossierstudie konden op basis van een handmatige telling eind 2010 in totaal 174 casussen weerhouden worden van oudere geïnterneerden die onder toezicht staan van één van de vier Nederlandstalige Commissies ter Bescherming van de Maatschappij. Dit aantal kan echter niet exact in verhouding tot het totale aantal geïnterneerden geplaatst worden omdat een centrale databank over de commissies heen ontbreekt. Het meest gebruikte cijfer voor het totaal aantal geïnterneerden in Vlaanderen is immers dat van het onderzoek door Commissie Cosyns van 15 september 2004 waar 1.710 Vlaamse geïnterneerden werden geteld. Volgens een recentere telling dd. 1 februari 2011 (Moens & Pauwelyn, 2012) bleek hun aantal toegenomen tot $n=1.962$. Indien, weliswaar onder het nodige voorbehoud, het aantal getelde dossiers van oudere geïnterneerden eind 2010 ($n=174$) ten opzichte van het cijfer van 1 februari 2011 geplaatst wordt ($n=1.962$), dan kan het aandeel van 60-plussers onder de geïnterneerden in Vlaanderen op 8,9% worden geschat. Over het aantal geïnterneerden dat zich in de gevangenis bevindt bestaan wel precieze cijfers. Op 19 oktober 2010 bevonden zich 657 geïnterneerden in de Vlaamse gevangenschappen waarvan er 55 (8,4%) 60 jaar of ouder waren. Dit cijfer bevestigt dus de zonet gemaakte schatting zodat kan gesteld worden dat bijna 1 op de 10 geïnterneerden in Vlaanderen 60 jaar of ouder is. Het is voorbarig om op basis van deze beperkte cijfers te besluiten dat er onder de Vlaamse geïnterneerden een vergrijzing aan de gang is, al kan er een indicatie in die richting zijn. Voor het totale aantal geïnterneerden in gevangenschap was er een stijging van 450 in 2000 naar 657 in 2010, hetzij een stijging van 36,5 %. Uit de gegevens kon eveneens afgeleid worden dat het aantal geïnterneerden van 60 jaar of meer tussen 2000 en 2010 is toegenomen van 29 naar 55, hetgeen een sterkere stijging is van 47,2 % ten opzichte van de stijging onder alle geïnterneerden.

5.2.3. Ouderen en hun traject in correctionele settings: voorlopige resultaten van de dossierstudie en interviews

A. Leeftijd

Op de vraag vanaf welke leeftijd er überhaupt van vergrijzing kan gesproken en dus vanaf welke leeftijd iemand als oud kan worden beschouwd, valt geen eenduidig antwoord te formuleren. Zo kent iedereen wel iemand van wie de kalenderleeftijd niet overeen lijkt te stemmen met de werkelijke leeftijd. In Europese context is de leeftijdsdrempel van 60 of 65 jaar momenteel het meest gangbaar, ook als het over oudere misdadigers gaat. Deze grenzen zijn gebaseerd op de gebruikelijke pensioenleeftijd of de minimale leeftijd waarop patiënten doorverwezen worden naar geriatrische afdelingen in de zorgsector. In de VS wordt met betrekking tot misdadigers doorgaans geopteerd voor een lagere leeftijdsdrempel van 50 jaar, in sommige gevallen zelfs startend vanaf

40 jaar. Deze keuze wordt gemotiveerd vanuit de premisse dat oudere misdadigers vanwege hun levensstijl (drugs, slechte voedingsgewoonten, alcoholisme...) zowel op fysiek als op mentaal vlak versneld verouderen (De Smet et al., 2010).

B. Verblijfplaats

Qua verblijfplaats zijn de oudere geïnterneerden in Vlaanderen gelijkmatig verspreid over de volgende drie types van huisvesting: een derde bevindt zich in een gevangenisomgeving, een derde verblijft in een instelling waaronder bijvoorbeeld een forensische psychiatrische afdeling, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een regulier woonzorgcentrum, een instelling voor personen met een verstandelijke beperking, beschut wonen ... en tenslotte woont een derde zelfstandig in de eigen thuissituatie.

C. Aard van de misdrijven

Met betrekking tot de aard van de misdrijven gepleegd door oudere geïnterneerden in Vlaanderen is nog weinig geweten. In elk geval is nu reeds duidelijk dat vooral seksuele delicten frequent voorkomen. De helft van de oudere geïnterneerden in Vlaanderen heeft ooit een seksueel delict gepleegd, zo blijkt uit de dossierstudie, hetgeen overigens niet noodzakelijk de reden van de internering hoeft te zijn. Seksuele misdrijven ten aanzien van minderjarigen al dan niet van incestueuze aard, komen het vaakst voor. Dergelijke hoge cijfers van seksuele delicten onder ouderen blijken in lijn met de wetenschappelijke literatuur (Oei & Groenhuijsen, 2003). Ook kan in dit stadium van het onderzoek al met zekerheid gesteld worden dat alcoholisme een groot probleem vormt. Meer dan de helft van de oudere geïnterneerden in Vlaanderen heeft een problematisch alcoholverleden.

D. Traject

In het trajectverloop van oudere misdadigers worden klassiek drie types onderscheiden: (1) zij die voor het eerst een misdrijf plegen ('first time offenders'), (2) recidivisten die geregeld terug in de gevangenis belanden ('repeat offenders') en (3) diegenen die oud worden in de gevangenis omdat ze op jongere leeftijd een ernstig misdrijf hebben gepleegd (Grant, 1999). Over de oudere misdadigers in Belgische of Vlaamse context is in verband met deze typologie nog erg weinig onderzoek gedaan. Volgens de nog lopende dossierstudie blijkt alvast dat 10% van de oudere geïnterneerden in Vlaanderen het eerste misdrijf heeft gepleegd op 60-jarige leeftijd of later, waardoor ze tot de 'first time offenders' kunnen worden gerekend. In de nabije toekomst zal op basis van de analyses van onderzoeksresultaten van de dossierstudie een publicatie verschijnen over de kenmerken van de trajecten van oudere geïnterneerden. Er werd wel reeds een studie uitgevoerd waarbij interviews werden afgenomen van acht Vlaamse oudere geïnterneerden over hun eigen perceptie van het traject dat zij doorlopen hebben. Hieruit is gebleken dat vier onder hen een bijzonder lang interneringstraject achter de rug hadden, zelfs tot meer dan 30 jaar toe (Van Hecke, 2012). Drie van hen kunnen duidelijk beschouwd worden als 'repeat offenders'. De andere geïnterneerde pleegde op jongere leeftijd weliswaar slechts een relatief beperkt aantal feiten, maar hij heeft nooit de gevangenis kunnen verlaten omdat hij door de ernst

van feiten in geen enkele zorginstelling gewenst was. De vier anderen hebben een korter traject doorlopen, twee van hen zaten op het moment van interview nog in de gevangenis in afwachting van een plaats in een instelling. Beiden vreesden echter dat hun hoge leeftijd die transfer zou kunnen bemoeilijken. In deze studie viel het overigens op dat de oudere geïnterneerden het gevoel hadden dat ze weinig inspraak kregen in het verloop van hun traject. Dat oudere geïnterneerden doorgaans minder negatief terugblikten op hun verblijf in de gevangenis dan op hun behandeling in de psychiatrie was tevens een opmerkelijke vaststelling. De redenen die zij aangaven waren onder meer de mogelijkheid om een betaalde job te kunnen uitoefenen in de gevangenis en de goede contacten met de mensen van het zorgteam in de gevangenis. Dit stond in contrast met een aantal ervaringen in de psychiatrie zoals de therapieën die als onaangepast werden gepercipieerd evenals de verplichting om deze therapieën te moeten volgen. Ook de toediening van hogere dosissen psychofarmaca dan gewenst, werd als negatief ervaren en dit vooral in combinatie met een tekort aan persoonlijke gesprekken. Mogelijks kan dit wijzen op een zekere therapiemoeheid en het verlangen naar een laagdrempelige zorg op maat met voldoende autonomie, maar terzelfdertijd ook met een wens naar meer menselijk contact. De meeste oudere geïnterneerden verblijven overigens het liefst van al thuis, al dan niet in combinatie met een ambulante therapie. In de dossierstudie werden bij een kwart van de oudere geïnterneerden duidelijke signalen gerapporteerd dat ze buiten de instelling of professionele hulp nog weinig binding hadden. Tekenen van eenzaamheid en sociaal isolement waren in 40% van de dossiers van de oudere geïnterneerden duidelijk aanwezig, de werkelijke toestand is wellicht nog schrijnender. De geïnterneerden die geïnterviewd werden gaven namelijk nagenoeg allemaal aan dat ze in hoge mate behoefte hadden aan meer sociale contacten. In de praktijk is voor oudere geïnterneerden het ideaal van sociale inclusie echter niet evident. Zo is het bekend dat veroudering op zich al gepaard gaat met een kleiner wordend sociaal netwerk ten gevolge van bijvoorbeeld het overlijden van de eigen ouders maar ook door het wegvallen van andere ouder wordende familieleden of kennissen (De Witte et al., 2010). In maart 2012 verscheen over dit onderwerp nog een rapport van de Koning Boudewijn stichting met als titel: *‘Oud word je niet alleen. Een enquête over eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in België’* (Koning Boudewijnstichting, 2012). In vergelijking met ouderen in de algemene bevolking dragen oudere geïnterneerden onmiskenbaar ook nog het dubbele stigma van ‘crimineel’ en ‘psychisch gestoorde’ met zich mee. Bovendien kon uit de dossierstudie worden afgeleid dat bij de helft van de oudere geïnterneerden sprake was van een verminderd niveau van verstandelijk functioneren, wat hun kansen om gedegen sociaal ingebed te geraken extra bemoeilijkt.

Of het wenselijk is dat geïnterneerden op basis van hun leeftijd een afzonderlijke behandeling moeten krijgen, blijft een open vraag. Tijdens de interviews gaven de oudere geïnterneerden zelf alvast aan dat ze slechts in beperkte mate hinder ondervonden van hun oudere leeftijd. Toch is het interessant om de leeftijdsgerelateerde aspecten van kwetsbaarheid diepgaander en op grotere schaal te onderzoeken. Zo gaf een geïnterneerde tijdens het interview te kennen dat de ouderen soms sancties kregen in de gevangenis omdat ze zich niet snel genoeg konden omkleden in de douche. Een andere geïnterneerde gaf aan dat hij sommige sporten zoals voetbal niet

meer aankon, al bleek dit voor hem niet meteen het grootste struikelblok. Voor hem was het immers belangrijker om onder de andere mensen te kunnen zijn. Hier spreekt de geïnterneerde mogelijk een nood uit aan contacten met mensen van andere generaties. Oud heeft jong blijkbaar nodig en omgekeerd. Net zoals dat het geval is in de algemene bevolking (Verté & Dury, 2011, aangehaald in Koning Boudewijnstichting, 2012) vormen ook de oudere geïnterneerden een afspiegeling van de maatschappelijk ongelijkheden die zich doorheen het levenstraject hebben opgebouwd. Ook voor oudere geïnterneerden geldt dat ouderdom geen absoluut criterium is, maar eerder een kenmerk binnen een diverse populatie van ouderen. In dit opzicht verschillen de geïnterneerden alvast weinig van de niet-geïnterneerden. Anderzijds mogen in functie van de behandelingsvoorwaarden de gevolgen van de veroudering in de forensische psychiatrische context niet genegeerd worden.

Referenties

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (2010). *Intellectual disability. Definition, classification and systems of supports*. Washington: AAIDD.
- Blacker, J., Beech, A.R., Wilcox, D.T., & Boer, D.P. (2011). The assessment of dynamic risk and recidivism in a sample of special needs sexual offenders. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 75-92.
- Camilleri, J.A., & Quinsey, V.L. (2011). Appraising the risk of sexual and violent recidivism among intellectually disabled offenders. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 59-74.
- Claes, C., Van Hove, G., Vandevelde, S., van Loon, J., & Schalock, R.L. (2012). The Influence of Supports Strategies, Environmental Factors, and Client Characteristics on Quality of Life-Related Personal Outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), 96-103.
- Claes, L., & Verduyn, A. (2012). *SEO-R-Schaal voor Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking – Revised* (Sen-Publicaties nr. 5). Garant
- De Borg (2012). *Bejegenen, behandelen, beveiligen*. Beschikbaar op: <http://www.de-borg.nl/de-borg/3-bs.html> (januari 2013).
- De Smet, S., Vandevelde, S., Verté, D., & Broekaert, E. (2010). What is currently known about older mentally ill offenders in Forensic contexts: results from a literature review. *International Journal of Social Sciences and Humanity Studies*, 2(1), 127-135.
- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- Fazel, S., Xenitidis, K., & Powell, J. (2008). The prevalence of intellectual disabilities among 12,000 prisoners – A systematic review. *International Journal of Law and Psychiatry*, doi:10.1016/j.ijlp.2008.06.001.
- Grant, A. (1999). Elderly inmates: issues for Australia. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice series, no.115*, 1-6.
- Kok, J.F.W. (1997). *Specifiek opvoeden, een orthopedagogisch perspectief*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Koning Boudewijnstichting (2012). *Oud word je niet alleen: een enquête over eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in België*. Beschikbaar op: http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05_Pictures_documents_and_external_sites/09_Publications/PUB_2011_3050_Isolement_N.pdf (januari 2013).

- Lindsay, W.R. (2011). People with intellectual disability who offend or are involved with the criminal justice system. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 377-381.
- Lindsay, W.R., Hastings, R.P., & Beech, A.R. (2012). Forensic research in offenders with intellectual and developmental disabilities 2: assessment and treatment. *Psychology, Crime & Law*, 17(2), 97-100.
- Lunsky, Y., Gracey, C., Koegl, C., Bradley, E., Durbin, J., & Raina, P. (2011). The clinical profile and service needs of psychiatric inpatients with intellectual disabilities and forensic involvement. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 9-23.
- Moens, I., & Pauwelyn, L. (2012). *Geen opsluiting maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Oei, T. I., & Groenhuijsen, M.S. (2003). *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*. Deventer: Kluwer.
- Raina, P., & Lunsky, Y. (2010). A comparison study of adults with intellectual disability and psychiatric disorder with and without forensic involvement. *Research in Developmental Disabilities*, 31(1), 218-223.
- Rijkaart, A.-M., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving. ACT LVB met complexe problematiek*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Ter Horst, W. (2006). *Het herstel van het gewone leven*. Houten: BohnStafleu Van Loghum.
- Van den broek, J. (2012). België kan vergrijzingskosten (nog) niet opvangen. Beschikbaar op: http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=DMF20121008_00326348 (januari 2013)
- Vanden Hende, M., Caris, K., & De Block-Bury, L. (2005). *Ontgrendeld: Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in de Vlaamse gevangenissen*. Gent: Academia Press.
- Van der Nagel, J., Kiewik, M., Van Dijk, M., DeJong, C., & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q, Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus.
- Vandevelde, S., Soye, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 71-78.
- Van Hecke, N. (2012). *Kwalitatief onderzoek naar het zorgtraject en de gepercipieerde uitsluitingscriteria van behandeling bij oudere geïnterneerden*. Eindverhandeling neergelegd tot het behalen van de graad van Master in de Orthopedagogiek. Universiteit Gent.
- Verlinden, S., Maes, B., & Goethals, J. (2009). *Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Werking Ontgrendeld (2010). *Visietekst – een werking voor geïnterneerden met een beperking in de gevangenis van Gent*. Ongepubliceerde tekst. Evergem: Centrum OBRA.

HOOFDSTUK 6

Een prospectie naar een personeelsformatie voor een FPC

Stefaan De Smet, Stijn Vandeveldde & Wing Ting To

Het kwam reeds eerder in dit boek aan bod dat er – in overeenstemming met bestaande good practices – verschillende manieren bestaan om de behandeling van geïnterneerden te organiseren. Er kan gewerkt worden in afdelingen voor specifieke doelgroepen zoals bijvoorbeeld seksueel delinquenten of mensen met een psychotische problematiek. In andere gevallen wordt er voor gekozen om eerder te groeperen op basis van delictgevaarlijkheid of op basis van de mogelijkheden die de patiënten nog resten zoals dit het geval kan zijn bij mensen met een chronische psychiatrische aandoening. Het gebrek aan kennis over de precieze samenstelling van de te behandelen populatie aan geïnterneerden maakt dat de behandelbehoefte niet in overeenstemming kan worden gebracht met het aanbod. Dit verklaart onder meer waarom in de twee toekomstige FPC's de finaliteit met betrekking tot de te behandelen doelgroepen eigenlijk nog een open vraag is. De onderlinge afstemming van (1) de reguliere zorg, (2) de initiatieven die zich nu al specifiek richten op geïnterneerden en (3) de FPC's is nog geen realiteit. Met andere woorden, de criteria die zouden moeten bepalen welke geïnterneerde in welke voorziening het best kan behandeld worden zijn voorsnog onbestaande. Het zijn vooral de voorwaarden die de instroom moeten bepalen die vaag blijven en zo mogelijk rijzen er nog meer vragen over de uitstroommogelijkheden, meer in het bijzonder over de manier waarop de re-integratie in de maatschappij in praktijk kan worden gegarandeerd. Uit voorgaande kan enerzijds besloten worden dat het eigenlijk onmogelijk is om onder deze omstandigheden te voorspellen in welke richting de personeelsprogrammatie van de forensische psychiatrische sector zal uitgaan. Anderzijds kan deze denkoefening moeilijk nog worden uitgesteld aangezien het FPC in Gent binnenkort operationeel zal zijn en de bouw van het FPC in Antwerpen wellicht snel zal volgen. Hoewel er nog diverse modaliteiten onzeker zijn, is er in het licht van de personeelsformatie van het FPC Gent dringend nood aan informatie over het profiel van het (verzorgend) personeel dat in beide instellingen zal worden tewerkgesteld.

In de Delphi studie werd de mening gevraagd aan internationale experts over wat zij belangrijk achtten in het kader van personeelsaangelegenheden in een FPC. Er bleek eensgezindheid te bestaan over de noodzaak aan de samenstelling van multidisciplinaire (zorg)teams, waarbij de verantwoordelijkheid van elk teamlid duidelijk is afgebakend en waarbij een zekere hiërarchie bestaat. De teamleden dienen over specifieke vaardigheden (competenties) en attitudes te beschikken die in een opleiding aangeleerd en getraind moeten worden. De ontwikkeling van deze competenties en attitudes is van bijzonder belang aangezien de experts ook van mening zijn dat deze een significante bijdrage leveren in de effectiviteit van de behandeling. Naast het aspect met betrekking tot de opleiding dient er ook op de werkvloer voldoende aandacht uit te gaan naar ondersteuningsnoden en feedback over de manier waarop de teamleden functioneren. Het werkklimaat dient een sfeer in zich te dragen waarin onzekerheden kunnen geuit worden, waarin geen angst bestaat om advies te vragen en waarin menselijke inschattingfouten kunnen worden toegegeven zonder dat er represailles aan vasthangen. Meer nog, dergelijke attitudes bij de personeelsleden moeten gezien worden als een teken van professionaliteit en moeten daarom vanuit het beleid gestimuleerd worden. De experts zijn hierbij echter van mening dat er in de eigenlijke teamwerking geen onderscheid mag bestaan tussen teamleden met uitsluitend zorgtaken en teamleden met enkel een bewakingsfunctie. Desondanks blijft het veiligheidsaspect volgens hen van essentieel belang.

De hulpverleners in een FPC dienen in een multidisciplinair team te werken.

Het personeel in een FPC dient te beschikken over specifieke vaardigheden en attitudes verworven in specifieke trainingen om in een forensisch setting te werken.

Het personeel in een FPC heeft een significante impact op de effectiviteit van de behandeling.

Het geven van ondersteuning en feedback aan hulpverleners dient structureel ingebouwd te zijn in een FPC.

Het werkklimaat in een FPC waar hulpverleners advies kunnen vragen, hun twijfels kunnen uiten en menselijke inschattingfouten kunnen toegegeven dient gezien te worden als een teken van professionaliteit.

In een FPC dient de verantwoordelijkheid van elke hulpverlener binnen het team duidelijk te zijn.

In een FPC dient er een zekere hiërarchie te zijn in het behandelteam.

Om de behandeling van geïnterneerden zo effectief mogelijk te laten verlopen geeft het EFP (2012) in Nederland een aantal aanbevelingen over het behandelteam:

- *De persoon van de behandelaar speelt een essentiële rol in de effectiviteit van de behandeling. Hij of zij heeft een cruciale rol in het bewaken van de behandelingsintegriteit, vandaar dat de juiste selectie van stafleden belangrijk is. Hierbij spelen kennis, motivatie, ervaring en de houding ten opzichte van de behandeling een rol. Stafleden moeten warm, empathisch, tolerant en flexibel zijn.*
- *Gedegen kennis van de psychopathologie is een vereiste, gezien de populatie in forensisch psychiatrische instellingen.*
- *Behandelaars moeten oog hebben voor de regels die er in de instelling gelden en zij moeten duidelijk en eerlijk zijn tegen hun patiënten (Andrews, 1989).*
- *Multidisciplinaire staftraining om groepsvorming te voorkomen en communicatie te verbeteren (Hollin, 2001). Bij een multidisciplinaire behandeling zijn verschillende professies betrokken.*
- *Steun aan en supervisie van de behandelaars om burn-out en vermindering van motivatie te voorkomen.*
- *Supervisie draagt eraan bij dat het behandelprogramma op de juiste wijze wordt geïmplementeerd (Bender & Lösel, 1997; Hollin, 1999).*

Samengevat kan uit de aanbevelingen afgeleid worden dat er personeelskenmerken zijn zoals attitudes, kennis en vooropleiding die vooral van toepassing zijn op het persoonlijke niveau van de zorgverlener terwijl andere kenmerken zoals supervisie eerder betrekking hebben op de werking en de samenstelling van het multidisciplinaire team.

6.1. Samenstelling van het team

Op teamniveau wordt gepleit voor een multidisciplinaire samenstelling waarbij er in de aanbevelingen van het EFP aangegeven wordt dat er moet gewaakt worden over de communicatie tussen de verschillende disciplines die erin samenwerken. Er wordt ter zake verwezen naar het gevaar van groepsvorming tussen disciplines. Ook Mason (2008) stelt dat spanningen ten gevolge van rolconflicten tussen beroepsgroepen inherent zijn aan multidisciplinair werken en dat hiernaar voldoende aandacht dient uit te gaan om een goede samenwerking te kunnen blijven garanderen. Er kan in dit verband verwezen worden naar de diversiteit aan disciplines die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg. In dit hoofdstuk beperken we ons echter vooral tot een *psychiatrisch en orthopedagogisch* perspectief.

Orthopedagogisch perspectief

In de toekomstige FPC's zullen (wellicht) ook een aantal geïnterneerden met een verstandelijke beperking worden opgenomen. Het boek 'Ontgrendeld' van centrum OBRA (Vanden Hende, 2005) toont aan dat er zich in 2004 onder de 467 geïnterneerden in de Vlaamse gevangenissen minstens 93 mensen met een verstandelijke beperking bevonden en daarnaast nog 82 anderen met een aantoonbare zwakbegaafdheid, alles samen dus ruim 1/3 van de geïnterneerde gevangenispopulatie op dat ogenblik. Deze groep stroomt bijzonder moeilijk door naar de psychiatrische zorgcircuits (Cosyns, 2005). Het valt hoe dan ook te verwachten dat de toekomstige FPC's een aanzienlijke hoeveelheid geïnterneerden met een verstandelijke beperking zullen moeten opvangen en hiertoe bijgevolg ook de nodige deskundigheid uit orthopedagogische hoek in haar personeelsbezetting zal moeten voorzien.

Psychiatrisch perspectief

Indien er vanuit een psychiatrisch perspectief gekeken wordt naar de teamsamenstelling, dan kan gesteld worden dat de psychiatrische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen bestaan uit multidisciplinaire teams die als volgt zijn samengesteld:

- artsen/psychiaters
- (psychiatrische) verpleegkundigen (gegradueerden (A2) + professionele bachelors (A1) + Master)
- maatschappelijk werkers
- ergotherapeuten
- psychologen

In de onthaalbrochure voor patiënten van het PC Sint-Jan-Baptist (2013, pp. 5-6) te Zelzate staat deze functiedifferentiatie per discipline helder beschreven:

Wie doet wat tijdens uw verblijf?

De psychiater

Draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor diagnose, behandeling en opvolging en bepaalt uw medicatie. Hij staat ook in voor de medische en medisch-administratieve documenten. Bij hem of haar kunt u terecht met uw vragen of moeilijkheden in verband met diagnose, behandeling, medicatie, verlof, ontslag... Naast uw behandelend arts, kan er een afdelingsarts zijn die mee instaat voor het algemeen afdelingsgebeuren.

De andere geneesheren

Indien u lichamelijke klachten heeft, kunt u via uw verpleegkundige een afspraak maken met de huisarts verbonden aan het centrum. Het is verder mogelijk dat u doorverwezen wordt naar de internist of neurologe die in ons ziekenhuis consultatie houden.

De verpleegkundigen

- *Begeleiden, informeren, ondersteunen u continu in het behandelingsproces*
- *Staan in voor de dagelijkse gang van zaken op de afdeling.*
- *Vormen een schakel tussen u en de andere leden van het behandelend team.*

Inmiddels zal u reeds kennis gemaakt hebben met één verpleegkundige van de afdeling die specifiek toegewezen is aan u. Hij of zij zal u, meer dan de andere verpleegkundigen begeleiden.

De psycholoog

- *Tracht samen met u inzicht te krijgen omtrent uw probleem via testonderzoek en gerichte gesprekken.*
- *Poogt veranderingen in uw leven te bereiken via individuele of groeps gesprekken.*

De criminoloog (Forensische afdelingen)

- *Belicht de feiten welke aan de basis lagen van uw internering en de opname op de forensische afdeling.*
- *Doet dit op basis van individuele gesprekken met u en door inzage van uw gerechtelijk dossier.*

De orthopedagoog (PVT)

- *Geeft begeleidingsadviezen in verband met problemen of moeilijkheden eigen aan verstandelijke of meervoudige handicaps.*
- *Staat mee in voor diagnostiek, vorming, behandeling en omgangsvormen eigen aan de noden die uit deze handicaps voortvloeien.*

De maatschappelijk werker

Begeleidt u verder bij problemen met betrekking tot ziekenfonds, werk of tewerkstellingsmogelijkheden, sociale uitkeringen van allerlei aard (werkloosheid, pensioen, invaliditeit, ziekte, bestaansminimum of andere), juridische instanties, financiële problemen, budgettering of zelfs geldbeheer, huisvesting en ontslagvoorbereiding.

De therapeuten

Bieden een brede waaier van activiteiten aan, die elk op hun manier bijdragen tot een beter functioneren:

- * *Optimaliseren van sociale en technische vaardigheden door middel van creatieve, handambachtelijke en arbeidsgerichte technieken.*
- * *Aanbieden van een aangepast werkaanbod en werkhouding via interne jobdienst.*
- * *Aanleren of onderhouden van huishoudelijke vaardigheden (al dan niet samen met uw verpleegkundige).*
- * *Op peil brengen van een goede lichamelijke conditie door middel van kinesiotherapie, sport, beweging, spel en relaxatie.*
- * *Het uitdrukken van gevoelens via muziektherapie en ontspanningsactiviteiten.*
- * *Helpen bij vragen of problemen in de relatie met partner, ouders of kinderen. (gezinsbegeleiding)*

(geciteerd uit onthaalbrochure PC Sint-Jan-Baptist)

Psychiatrische ziekenhuizen zijn in hun organisatie uitgesproken medisch georiënteerd, (vaak) hiërarchisch gestructureerd en multidisciplinair samengesteld. Dit medisch model wordt in essentie ook in de forensische psychiatrische eenheden van psychiatrische ziekenhuizen overgenomen, waar naast de voornoemde disciplines ook criminologen aan de teamwerking worden toegevoegd.

Zoals reeds eerder aangegeven in dit hoofdstuk, impliceert een medisch model dat de personeelsnormen volgens de ziekenhuiswetgeving worden toegepast. Dit laatste is van bijzonder belang met betrekking tot de verpleegkundige permanentie, waarover verder meer details. In principe heeft elke discipline in dit model zijn eigen bevoegdheden binnen het team waarbij via overleg in teamvergaderingen de individuele opvolging van elke patiënt multidisciplinair wordt gegarandeerd.

In psychiatrische ziekenhuizen zijn (psychiatrisch) verpleegkundigen traditioneel verantwoordelijk voor de 24-uurs permanentie op de afdelingen. De psychiatrisch verpleegkundigen zijn naar analogie met de opvoeders in de orthopedagogische sector dus eigenlijk voortdurend aanwezig en zij verenigen meerdere rollen in zich. Psychiatrisch verpleegkundigen organiseren activiteiten en hebben persoonlijke gesprekken met patiënten, bewaken het afdelingsklimaat, doen groepsgesprekken, vangen crisissen op, doen afzonderingen, enz... Door hun medisch-psychiatrische achtergrond zijn ze ook geschoold op het vlak van psychopathologie, zijn ze getraind in het uitvoeren van op pathologie gerichte gesprekstechnieken, beheersen ze agressiehantering en afzonderingstechnieken, enz... Door hun medische achtergrond, doen ze ook de bloedafnames, wondverzorgingen en ander verpleegkundige zorgen, dienen medicatie toe en eventuele inspuitingen toe, enz.... In principe zijn de verpleegkundigen in aantal de grootste discipline en daarom worden ze op afdelingsniveau geleid door een hoofdverpleegkundige en staat aan het hoofd van het voltallige verpleegkundige team een directeur nursing.

Anders dan de andere disciplines hebben psychiatrisch verpleegkundigen ook een medische achtergrond die hen toestaat om de wettelijke verpleegkundige handelingen uit te voeren. Het wettelijk kader waarin verpleegkundigen in België in de praktijk functioneren is gebaseerd op het Koninklijk Besluit (KB) nummer 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Iemand mag het verpleegkundig beroep enkel uitoefenen indien hij erkend is als drager van hetzij de beroepstitel van bachelor in de verpleegkunde (vroegere A1), hetzij de beroepstitel van gegradueerde verpleegkundige (vroegere A2 of gebrevetteerden), en als hij bovendien beantwoordt aan de voorwaarde het diploma te hebben behaald in een erkende onderwijsinstelling. De beroepsactiviteiten die verpleegkundigen mogen uitvoeren zijn vastgelegd in het KB van 18.06.1990, dat op 09.06.2007 en 19.07.2007 werd aangepast en verduidelijkt. Deze zogenaamde A-handelingen blijven in de context van de forensische psychiatrie doorgaans beperkt tot de toediening van medicatie via volgende toedieningswegen: oog- en oorindruppeling, intramusculair, subcutaan, rectaal en oraal. Betreffende het toedienen via voornoemde vormen zijn in de wetgeving de volgende bepalingen vastgelegd (Meersschaut, 2011):

- De geneesmiddelen moeten identificeerbaar blijven tot op het ogenblik van toediening
- De verpleegkundige die het geneesmiddel klaarmaakt, dient het bij voorkeur ook toe
- De op te lossen geneesmiddelen mogen pas klaargemaakt worden kort voorafgaandelijk aan de toediening
- Er dient rekening te worden gehouden met de richtlijnen van de producent voor de bewaring, de voorbereiding en de wijze van toediening van het product
- Het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidszorgstatus van de patiënt, zowel op psychisch, fysisch als sociaal vlak
- Het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling
- Het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt

Het beroep van verpleegkundige in het algemeen staat onder druk en is de laatste jaren tot een belangrijk knelpuntberoep geëvolueerd, ook in de sector van de psychiatrie. Het tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt heeft de wetgever er toe aangezet om in een KB het begrip ‘zorgkundige’ (dat dient onderscheiden te worden van het begrip ‘verzorgende’) te introduceren waarin onder meer ook de regelgeving om geregistreerd te worden als zorgkundige werd vastgelegd. Dit KB stelt dat een beperkt aantal wettelijk omschreven verpleegkundige activiteiten door zorgkundigen mogen worden uitgevoerd waaronder ook de niet invasieve vormen van medicatietoediening, onder toezicht van een verpleegkundige. Mits het volgen van een opleiding van ongeveer 130 uren kunnen niet-verpleegkundigen deze kwalificatie bekomen.

De door de wet voorziene voorzorgsmaatregelen met betrekking tot medicatiebedeling in de ziekenhuizen, staat in contrast met de gebruiken in de penitentiaire settings. In de gevangenissen en instellingen ter bescherming van de maatschappij voeren de penitentiair beambten dagelijks orale medicatiebedeling uit. Ter illustratie: een op de vijf van de gevangenen, inclusief geïnterneerden slikt antipsychotica: psychofarmaca die de bedoeling hebben om positieve symptomen van patiënten met een psychotische stoornis te onderdrukken. Dit is 14 keer hoger dan in de algemene bevolking (De Standaard, 10 september 2012). De psychiatrische symptomen waarvoor deze middelen worden toegediend en de ernst van de bijwerkingen die ermee kunnen gepaard gaan zijn evenwel van die aard dat ze vanuit medisch oogpunt eigenlijk permanent met de nodige professionele deskundigheid moeten worden opgevolgd.

6.2. Iedereen sociotherapeut?

In navolging van Nederland bestaat ook in België de tendens om iedereen die in de forensische psychiatrie rechtstreeks met geïnterneerden werkt als ‘sociotherapeut’ te benoemen. Dit is echter een verwarrende situatie omdat de sociotherapie zoals bedoeld in zijn oorspronkelijke vorm nog weinig verband houdt met de huidige manier van werken in de forensische psychiatrie, hetgeen reeds eerder kort werd aangehaald in dit hoofdstuk. Groen et al. (2011) wijden in hun boek overigens een volledig hoofdstuk aan het thema.

Eigenlijk is sociotherapie een therapeutisch concept uit de jaren 1960 – 1970 waarbij door het creëren van een veilig leefmilieu psychiatrische patiënten in een instelling de kans kregen om als het ware in een zorgdragende oefenruimte te leren om zichzelf te zijn en om in contact te komen met anderen. Meer specifiek naar de forensische psychiatrie werden rond de jaren ’70 de patiënten benaderd vanuit ‘de verlate moederrol’ waarbij niet zozeer het inzicht in de stoornis, maar wel de geborgenheid van de therapeutische relatie helend was voor de gemiste hechting. Zodoende werd verondersteld dat de agressieve neigingen van de forensische patiënt zouden afnemen. De sociotherapeut had hierin een regulerende functie en diende een voorbeeldrol te vervullen. In dit verband is vanuit historisch standpunt de volgende website interessant: <http://www.hetoudegesticht.com/1980-sociotherapie-voor-verpleegkundigen>.

Helaas werkte het sociotherapeutische concept in de praktijk niet, integendeel zelfs: het goedbedoelde gelijkheidsprincipe tussen patiënt en sociotherapeut faalde en het aantal incidenten met forensische patiënten nam zelfs toe. De maatschappelijke druk steeg waarop de Nederlandse overheid in de jaren ’80 de tbs-wetgeving introduceerde. Het behandelingsprincipe evolueerde vervolgens richting kortdurende inzichtgevendende therapievormen gebaseerd op het model van de cognitieve gedragstherapie. De klemtoon verschoof dus nagenoeg volledig van de therapeutische relatie naar wat Groen et al. (2011) omschrijft als ‘het verkrijgen van inzicht in concreet gedrag’. Dit is op de dag van vandaag de nieuwe invulling die aan de ‘sociotherapie’ gegeven wordt in de forensische psychiatrie.

Er wordt dus met andere woorden in hoofdzaak methodisch en evidence-based gewerkt, onder meer door het gebruik van meetschalen, zorgplanning, zorgprogramma’s en een doelgroepenbeleid. De kwaliteit van het leef- en leerklimaat op de forensische afdeling is in de geest van de originele sociotherapie evenwel bewaard gebleven.

In die zin kan een sociotherapeut in de forensische zorg vandaag de dag gedefinieerd worden als een lid van het multidisciplinair team dat de 24-uurszorg uitvoert. Anders dan uit de benaming zou kunnen vermoed worden, is sociotherapeut dus geen op zichzelf staand beroep. Het volstaat met andere woorden dus eigenlijk om te werken op een forensische afdeling om zichzelf sociotherapeut te mogen noemen en dit ongeacht de vooropleiding. Nog volgens Groen et al. (2011) bestaat in het buitenland de term sociotherapie als dusdanig niet. Meer nog, in andere landen wordt de forensische 24-uurszorg uitsluitend verstrekt door psychiatrisch verpleegkundigen. In Engeland

bijvoorbeeld kunnen verpleegkundigen een cursus ‘forensic care’ volgen met veel aandacht voor psychopathologie en risk management. In 1995 werd door de American Nurses Association de forensische verpleegkunde als specialisme erkend en heeft het sindsdien een belangrijke positie verworven binnen de forensische wetenschap.

De vaststelling van Groen et al. (2011) dat in het buitenland de psychiatrisch verpleegkundigen de 24-uurszorg vervullen in de forensische psychiatrische afdelingen is geen toeval omdat psychiatrisch verpleegkundigen getraind zijn in de competenties die nodig zijn om dit aspect van de zorg op zich te nemen bij psychiatrische patiënten. Ook opvoeders worden hiertoe opgeleid, zeker met betrekking tot de begeleiding en ondersteuning van personen met een verstandelijke beperking.

Multidisciplinariteit in de teamwerking op een forensische afdeling betekent uiteraard dat de samenwerking tussen meerdere disciplines zo optimaal mogelijk moet zijn. De 24-uurszorg moet hierbinnen echter beschouwd worden als een aparte discipline die specifieke kennis en vaardigheden vereist. Het 24-uurszorgteam mag daarom uitsluitend bestaan uit professionals die specifiek opgeleid en getraind zijn in het bewaken van het afdelingsklimaat. Zij moeten in hun opleiding relevante praktijkervaring opgedaan hebben bij psychiatrische patiënten en/of mensen met een verstandelijke beperking. Hierbij kan gedacht worden aan de omgang met agressie, afzonderingstechnieken, het omgaan met groepen, groepsdynamica, het stellen van regels, gesprekstechnieken en niet in het minst theoretische en praktische kennis over psychopathologie en psychofarmaca.

6.3. Multidisciplinariteit: schoenmaker blijf bij uw leest

Zoals reeds werd aangehaald is het begrip ‘sociotherapeut’, met uitzondering van Engelstalige literatuur die geschreven werd door Nederlandse auteurs, op internationaal vlak nagenoeg onbekend. Volgens Groen et al. (2011) is ‘forensic nursing’ de meest gangbare term om de rol van de ‘sociotherapeuten’ te beschrijven in het Engels. ‘Forensic nursing’ verwijst rechtstreeks en inherent naar de in de forensische materie gespecialiseerde psychiatrisch verpleegkundigen die de 24-uurszorg van forensische patiënten op zich nemen op de afdeling. Het lijkt er dus op dat het werk van de ‘nurses’ sterk overeenstemt met dat van de ‘sociotherapeuten’. In wezen worstelen psychiatrisch verpleegkundigen en sociotherapeuten eigenlijk met dezelfde soort identiteitscrisis. Daar waar sociotherapeuten in de forensische context zich zeer recent als beroepsgroep profileren in Vlaanderen ondervinden de psychiatrisch verpleegkundigen al decennia lang een probleem om uit te leggen wat hun beroepsprofiel precies is. Het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV) stelde reeds in 1990 een beroepsprofiel op van de psychiatrisch verpleegkunde (NVKVV, 1990). Samengevat werden hierin de volgende functies voorgesteld:

1. het observeren, het inschatten en het rapporteren van de verpleegkundige noden van de patiënt;
2. de opbouw en uitbouw van een therapeutisch leefklimaat;
3. het begeleiden van de patiënt tot een grotere handelingsbekwaamheid;
4. de continue waakfunctie tijdens de behandelingsfase en het toezicht tijdens de begeleidingsfase;
5. de verzorgende taken;
6. het coördineren van het zorgaanbod: intra-, semi-, en extramuraal;
7. de onthaalfunctie en de ondersteuning van het sociaal netwerk;
8. de niet-direct patiëntgerichte activiteiten en nevenactiviteiten.

In 2008 werd door de ‘werkgroep psychiatrische verpleegkunde Oost-Vlaanderen’ opnieuw een ontwerp van beroepsprofiel opgesteld voor psychiatrisch verpleegkundigen. De behoefte om dit te doen wordt in dit document als volgt beschreven: *‘Dit profiel is tot stand gekomen om de eigenheid van de psychiatrisch verpleegkundige in kaart te brengen op een éénduidige en overzichtelijke manier. Dit omdat de nood aan een dergelijk profiel sterk ervaren wordt zowel binnen het onderwijs als binnen het werkveld. De werkgroep blijft pleiten voor het behoud en de erkenning van de psychiatrisch verpleegkundigen als beroepsgroep zonder afbreuk te doen aan de andere disciplines die werkzaam zijn binnen de GGZ. Eenduidige functieprofielen per discipline zijn nodig om in respect voor ieders eigenheid in dialoog met elkaar te kunnen treden.’*

In dit ontwerp van profiel zijn heel wat elementen gelijklopend met het eerder vermelde beroepsprofiel van het NVKVV, toch ligt de klemtoon meer op de integrale zorg van de patiënt, en dit zowel op psychisch als lichamelijk vlak, interdisciplinaire samenwerking, de nood aan levenslang leren en het lidmaatschap van de organisatie op verschillende niveaus. Door de European Association for Psychiatric Nurses ‘Horatio’ werd in 2011 de Turku Declaration opgesteld, een Europese versie van het beroepsprofiel voor psychiatrisch verpleegkundigen (Horatio, 2011). Ook internationaal blijkt de nood aan een duidelijk profiel voor psychiatrisch verpleegkundigen dus hoog te zijn en dit heeft vanzelfsprekend alles te maken met de afbakening van het takenpakket en de profilering van de beroepscompetenties.

De nood aan interdisciplinaire afbakening in de geestelijke gezondheidszorg komt ook aan bod in het artikel met de veelzeggende titel: ‘Orde en tucht: Welke professional mag wat nu eigenlijk doen in de GGZ?’ (Koekkoek, 2005). Deze auteur bekijkt de werking van het multidisciplinair team vanuit een juridisch perspectief en stelt de verantwoordelijkheid in vraag van professionals die beslissingen nemen of zaken uitvoeren, die strikt genomen buiten de bevoegdheid van hun eigen discipline vallen.

Koekkoek (2005) stelt dat de ‘domeinstrijd’ tussen de verschillende disciplines deels de oorzaak is van de problemen van bevoegdheidoverschrijding tussen disciplines: *‘Beroepsverenigingen neigen er toe om alles tot hun domein te rekenen en menen zo ongeveer in alles competent en bekwaam te zijn’*. Daarnaast wijst Koekkoek ook op de grote behoefte die er in de geestelijke gezondheidszorg kennelijk bestaat om iedere discipline op een gelijke voet te plaatsen. De tendens om iedereen in de forensische psychiatrie ‘sociotherapeut’ te noemen kan hiervan als exemplarisch gezien worden. Volgend fragment uit een personeelsadvertentie van een TBS-kliniek uit Nederland illustreert deze evolutie treffend:

Funcieomschrijving:

Sociotherapeuten (met psychiatrisch verpleegkundige achtergrond)

32-36 uur

Als sociotherapeut lever je een bijdrage aan de behandeling van tbs-patiënten. In teamverband realiseren jij en je collega's een leefmilieu, zodanig dat een optimaal behandelklimaat tot stand wordt gebracht. Structuur en veiligheid zijn daarbij belangrijke uitgangspunten. Verder rapporteer je op methodische wijze over de voortgang van patiënten en ben je persoonlijk begeleider van één of meerdere patiënten. Ook het voorzitten van groepsbijeenkomsten van patiënten is voor jou geen probleem. Als sociotherapeut krijg je een intern opleidings- en inwerkprogramma aangeboden.

Iedereen Sociotherapeut? Zoals in de titel van de personeelsadvertentie ‘tussen haakjes’ wordt aangegeven, blijken er ook onder de sociotherapeuten wel degelijk verschillen te bestaan tussen de disciplines. In sommige gevallen zijn ze zelfs wettelijk gemandateerd zoals dit het geval is bij de zorgkundigen, verpleegkundigen en artsen. Het is ook mogelijk dat de bevoegdheden per discipline expliciet omschreven staan in een reglement dat opgesteld wordt door de werkgever. Zulke reglementen kunnen al dan niet in overleg met de beroepsverenigingen en juristen overlegd worden. Er zullen evenwel steeds grijze zones blijven bestaan tussen de bevoegdheden van de verschillende disciplines (Koekkoek, 2005).

In functie van de toekomstige FPC's is het in elk geval aanbevelenswaardig om de overlap tussen disciplines zo klein mogelijk te houden in de samenwerking. Daarom wordt er best op voorhand goed nagedacht wordt over welke disciplines er zullen tewerkgesteld worden en daarbij aansluitend op welke manier de bevoegdheden van die disciplines zo goed mogelijk kunnen worden vastgelegd.

6.4. Competenties en attitudes

Het competentiegericht denken is de laatste jaren diep doorgedrongen, zowel in het onderwijs als in het personeelsbeleid (human resources). Het zogenaamde competentie-management hanteert een competentiemodel om selecties te maken in functie van aanwervingen of om het functioneren te beoordelen. Onderwijs en werkveld trachten zich via competentieprofielen beter op mekaar af te stemmen. Dit is meteen ook de reden waarom het competentieprofiel voor de sociotherapie in de forensische zorg werd opgesteld (Kluft & van de Haterd, 2010). De website 'ik ben competent' (zie <http://ikbencompetent.webklik.nl>) legt op een eenvoudige manier uit wat er precies bedoeld wordt met competenties: in ieder beroep zijn er kerntaken die bepalend zijn voor dat beroep. Om een kerntaak te beheersen moet de professional een aantal handelingen goed beheersen die op hun beurt een aantal kwaliteiten vereisen, die ook (beroepsspecifieke) competenties genoemd worden. Competenties bestaan uit 4 elementen:

1. Weten uit theorie en inzicht
2. Kunnen vaardigheden uitvoeren
3. Willen (= motivatie)
4. Zijn (= persoonlijkheid)

Het werkveld van de forensische psychiatrie zal moeten uitmaken welke competenties nodig zijn om de juiste zorg te kunnen aanbieden. De verschillende disciplines in het hoger onderwijs zullen zich op hun beurt moeten beraden over de manier waarop deze competenties kunnen worden aangeleerd. Het is onmogelijk om in het kader van dit hoofdstuk voorstellen te formuleren voor alle mogelijke disciplines die in forensische psychiatrie kunnen worden tewerkgesteld.

De aanbevelingen van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) inzake het behandelteam plaatsen een grondige 'kennis' van de psychopathologie voorop. Qua 'kunnen' wordt verwacht dat men in staat is om regels te stellen en om eerlijk te zijn naar patiënten toe. Qua 'attitude' wordt geëist dat de stafleden warm, empathisch, tolerant en flexibel zijn. Stafleden moeten ook 'gemotiveerd' zijn.

De selectie van stafleden met de juiste competenties is erg belangrijk zo blijkt uit deze aanbevelingen, hetgeen ook bevestigd werd uit de resultaten van de Delphi studie van HoGent (To et al., 2012).

In de aanbevelingen van het EFP wordt er op gewezen dat werken met forensische psychiatrische patiënten mentaal zwaar is en dat supervisie in combinatie met regelmatige ondersteuning belangrijk is om snelle personeelsswissels en burn-out te voorkomen. Specifiek in forensische setting wordt burn-out geweten aan het permanente gevoel van bedreiging dat in dergelijke instellingen vaak aanwezig is. Ook Decoene (2007, p. 90) verwijst naar het gevaar op burn-out: *'Ten slotte hebben veel forensische werkers weliswaar een grote klinische ervaring, maar is het personeelsverloop groot. Telkens opnieuw stromen niet-opgeleiden binnen, want de universiteiten en hogescholen besteden nauwelijks of geen aandacht aan dit praktijkveld.'*

Elke discipline in het onderwijs heeft bijgevolg de taak om duidelijk te stellen wat het werken in een forensisch psychiatrisch centrum in de praktijk betekent. Ook qua attitude, verwachtingen en zelfinzicht moeten studenten de nodige vaardigheden ontwikkelen. Onderwijsinstellingen moeten op basis van de noodzakelijke competenties de meest geschikte mensen laten afstuderen. Welke deze competenties zijn hangt uiteraard af van het soort werk dat de discipline in het multidisciplinaire team uitvoert.

In de brochure ‘Sociotherapeut in de forensische zorg’ (Kluft & van de Haterd, 2010), een Nederlandse brochure die de competenties van de sociotherapeut landelijk heeft vastgelegd, worden de competenties uitgesplitst in generieke en specifieke competenties. Deze worden vervolgens in detail uitgewerkt met gedragskenmerken.

Zoals reeds eerder werd aangegeven, is sociotherapie geen op zichzelf staande opleiding. Afgestudeerden uit diverse opleidingsachtergronden zoals ergotherapeuten, opvoeders, sportleraren, maatschappelijk werkers, criminologen, psychologen, enz... doen allemaal hetzelfde werk als ‘sociotherapeut’. Nog volgens de auteurs van de brochure werd het competentieprofiel voor sociotherapeuten net ontworpen omdat werd vastgesteld dat veel pas afgestudeerden niet aan de verwachtingen van het forensische werkveld voldeden in hun opdracht als sociotherapeut (Anoniem, 2010). Dit is overigens net dezelfde vaststelling als degene die Decoene (2007, p. 92) maakt voor de situatie in Vlaanderen:

‘... Dat betekent dat wie na een basisopleiding in een forensische context aan het werk gaat meestal geen kennis heeft van werken met bijvoorbeeld weinig gemotiveerde tot onwillige cliënten en geen kennis heeft van forensische psychologie en de eigenheid van forensische psychodiagnostiek of behandeling...’

In een opleiding die gericht is op de forensische psychiatrische sector als 24-uurs begeleiding dient de aandacht vooral te gaan naar psychopathologie, psychofarmacologie, omgangsvormen, groepsdynamica, gedragsstoornissen, gesprekstechnieken, afzonderingstechnieken, omgang met persoonlijkheidsstoornissen, overdrachts- en tegenoverdrachts-fenomenen, gevaren voor burn-out, vergadertechnieken, afstandnabijheid in de therapeutische relatie, enz... Dit zijn competenties die onder meer reeds in de opleiding psychiatrische verpleegkunde worden aangeleerd (Kent-Wilkinson, 2011; Mason et al., 2008; Timmons, 2010).

Of het überhaupt wenselijk is dat er een aparte opleiding tot sociotherapeut opgericht zou moeten worden blijft een open vraag. In welke zin zou deze moeten verschillen van de bestaande opleidingen bachelor in de (psychiatrische) verpleegkunde of in de orthopedagogie? Toch is het niet onzinnig om hierover het debat te voeren. Om tegemoet te kunnen komen aan de Europese regelgeving is de opleiding verpleegkunde bijvoorbeeld in de meeste opleidingsinstellingen aan het verschuiven van een gespecialiseerd naar een generiek model. Specialisaties zullen enkel nog aan bod komen in navormingstrajecten.

6.5. Slotbeschouwingen

Het lijkt erop dat er momenteel veel disciplines actief kunnen, moeten en willen zijn in de toekomstige FPC's. De meeste disciplines hebben er wellicht voldoende aan om zich via een intern keuzetraject of een uitgebreide navorming te specialiseren in de forensische psychiatrische materie. Op deze manier kunnen ze hun beroepsvaardigheden vervolgens inzetten in de forensisch psychiatrische context.

Wat de werknemers betreft die moeten instaan voor de 24-uurszorg is dit een ander verhaal. Zij moeten over voldoende theoretische bagage beschikken en via stages in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg praktisch gewapend worden om de werkdruk aan te kunnen. Dit is belangrijk voor de geïnterneerden, voor de instelling die de zorg aanbiedt maar vooral ook voor het professioneel welbevinden van de werknemer zelf.

De vraag of het concept van sociotherapeut in zijn huidige vorm hiervoor een oplossing kan bieden is echter twijfelachtig. Het Nederlandse competentieprofiel voor sociotherapeuten is weliswaar goed uitgeschreven, maar het wordt niet gedragen door een volwaardige opleiding 'sociotherapie'. Bovendien verschilt het in weinig van wat psychiatrisch verpleegkundigen al jaar en dag doen in de psychiatrie. Dit blijkt onder meer uit de talrijke online advertenties waar specifiek gevraagd wordt naar 'sociotherapeuten' met een psychiatrische verpleegkundige vooropleiding. Dezelfde redenering gaat op voor wat opvoeders doen in diensten voor mensen met een verstandelijke beperking.

In elk geval is het ook als individuele professional in de forensische zorg belangrijk om er zich goed van bewust te zijn waar de grenzen van de eigen discipline liggen. Als organisatie is het belangrijk om zo goed mogelijk de grijze zones van bevoegdheidsoverschrijdingen tussen disciplines te vermijden. In een multidisciplinair team moet de samenwerking tussen verschillende disciplines uiteraard centraal staan, maar dan met behoud van de eigen identiteit en professionele inbreng.

Referenties

Anoniem (2010). *Nieuw profiel sociotherapeut in forensische zorg*. Website Sozio. Beschikbaar op <http://www.sozio.nl/nieuw-profiel-sociotherapeut-in-forensische-zorg/1023755> (januari 2013).

Cosyns, P. (2005). *Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit*. Syntheseverlag mei 2005. (ongepubliceerd rapport).

Decoene, S. (2007). Aanbevelingen voor de ontwikkeling van een kwaliteitsvol forensisch zorgcircuit. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 237, 84-96.

De Standaard (10 september 2012). *Gevangenen zwaar onder medicatie*. Beschikbaar op: http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=DMF20120909_00289840 (januari 2013).

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). (2012). *Basis Zorgprogramma. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten*. Beschikbaar op: http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/basiszp_versie_1.1_dec_2012.pdf (januari 2013).

- Groen, H., Drost, M., & Nijman, H.L.I. (2011). *Handboek Forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Tijdstroom.
- Horatio: European Psychiatric Nurses (2011). *The Turku Declaration*. Beschikbaar op http://www.horatio-web.eu/downloads/Horatio_Turku_Declaration_2011.pdf (januari 2013).
- Koninklijk besluit (KB) - 18.06.1990, uitoefening gezondheidszorgberoepen. Beschikbaar op http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1967111008 (januari 2013).
- Kluft, M., & van de Haterd, J. (2010). *Sociotherapeut in de forensische zorg*. Utrecht: Movisie. Beschikbaar op <http://pdf.swphost.com/Sozio/e-nieuwsbrief/sociotherapeut.pdf> (januari 2013).
- Koekkoek, B. (2005). Orde en tucht: Welke professional mag wat nu eigenlijk doen in de GGZ? *Psychopraxis*, 7(6), 189-192.
- Mason, T., Coyle, D., & Lovell, A. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 131-139.
- Mason, T., Lovell, A., & Coyle, D. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 118-130.
- Meersschaut, F. (2011). *Kennis en houding van sociotherapeuten ten aanzien van psychofarmaca bij forensisch psychiatrische patienten*. Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde. Universiteit Gent.
- Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV). (1990). *Beroepsprofiel van de psychiatrisch verpleegkundige of de verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: NVKVV. Beschikbaar op <http://nvkvv.axoni.be/file?fle=698&ssn=e339f29cc620b78b3f828f> (januari 2013).
- PC Sint-Jan Baptist. (2013). *Informatiebrochure voor patiënten*. Beschikbaar op <http://www.pcsint-janbaptist.be/userfiles/files/i-pat-ont-010-OnthaalbrochureTEKST-deel1.pdf> (januari 2013).
- To, W.T., Vandevelde, S., Soyez, V., De Smet, S., Boers, A., & Vanheule, S. (2012). Treatment perspectives on interned mentally ill offenders in a forensic psychiatric center (FPC): a Delphi study on experts' opinions. *Psychology, Crime & Law*, 0(0), 1-17. doi:10.1080/1068316X.2012.736511
- Vanden Hende, M., Caris, K., & De Block-Bury, L. (2005). *Ontgrendeld: Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in de Vlaamse gevangenissen*. Gent: Academia Press.

HOOFDSTUK 7

Uitdagingen voor de forensische zorgverlening vanuit een psychiatrisch perspectief

Paul Cosyns

In deze bijdrage wordt er vanuit psychiatrische invalshoek een reflectie gegeven over de uitdagingen, op korte en lange termijn, voor de forensische zorgverlening in België.

De kerntaak van de forensische psychiatrie is de diagnostiek en behandeling van personen met een psychiatrische stoornis die antisociaal of gewelddadig gedrag vertonen. Forensische psychiatrie is een subdiscipline van de psychiatrie die raakvlakken heeft met het recht, het strafrecht en de klinische psychologie en die uitgeoefend wordt in een steeds veranderende sociale en politieke context. Meerdere zorgdisciplines worden hierbij betrokken zodat de forensische psychiatrie thans deel uitmaakt van de overkoepelende groep van de ‘forensische gedragswetenschappen’.

De belangrijkste uitdaging voor de forensische psychiatrie op middellange termijn is de zorg voor specifieke opleiding en wetenschappelijk onderzoek. Binnen de Belgische medische faculteiten bestaat er immers geen Leerstoel Forensische Psychiatrie en wordt het vak niet gedoceerd. Bijgevolg is er quasi geen toegang tot wetenschappelijk onderzoek¹. Hierdoor krijgen psychiaters in opleiding geen degelijke mogelijkheid om opgeleid te worden in deze subdiscipline. Een vakgebied dat niet volwaardig gedoceerd wordt in een universitaire context en waarbinnen geen wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt is gedoemd om te vegeteren in een marginaal bestaan. Ontwikkelingen in de forensische zorg, zoals de bouw van Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's), dienen ondersteund te worden door wetenschappelijke

1 In 2012 werd aan de medische faculteit van de Universiteit Antwerpen voor de eerste maal in België professor Kris Goethals deeltijds benoemd voor de forensische psychiatrie. Mogelijks een doorbraak voor de toekomst?

‘evidence-based’ gegevens, wetenschappelijk geëvalueerd te worden en zo nodig bijgestuurd. Mijn inziens zijn opleiding en wetenschappelijk onderzoek essentiële hoekstenen voor de toekomst van deze subdiscipline en voor het slagen van de geplande ontwikkelingen in de forensische zorgverlening.

De penitentiaire zorg voor psychiatrisch gestoorde daders, zij het geïnterneerd dan wel beklaagd/veroordeeld, is in België beschamend ontoereikend. Dit wordt door nationale politici erkend en leidde voor de Belgische staat reeds meermaals tot internationale klachten en veroordelingen². In Vlaanderen is het gebrek aan zorgmogelijkheden het meest schrijnend. De beslissing van de overheid om enerzijds twee FPC’s te bouwen in Gent en Antwerpen en anderzijds een ‘forensisch zorgcircuit’ uit te werken in Vlaanderen zijn dan ook noodzakelijke en veel belovende initiatieven³. Wil men het recht van geïnterneerden ‘*op gezondheidszorg die gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije samenleving en die aangepast is aan de specifieke noden*’ vrijwaren, dan zijn deze ontwikkelingen cruciaal⁴.

De voorwaarden voor een hoopgevende toekomst worden in deze bijdrage nader onderzocht.

1/ FPC’s zijn (hoog-) beveiligde zorginstellingen en geen penitentiaire instellingen met een zorgaanbod. Zij dienen gestructureerd te worden en te functioneren zoals een psychiatrische ziekenhuis zodat een *zorgcultuur* kan ontwikkeld worden. Het zijn beveiligde psychiatrische ziekenhuizen die rekening houden met de specifieke zorgnoden en veiligheidsaspecten van deze forensisch psychiatrische patientenpopulatie. Justitie mag niet langer de verantwoordelijkheid dragen voor de behandeling van geïnterneerden - en zelfs breder gezien van de psychiatrisch gestoorde gevangenen - een taak die zij nooit adequaat ingevuld heeft. Laten we niet vergeten dat gedetineerden uitgesloten zijn van de sociale zekerheid, alsook van de ziekteverzekering. Deze zorgverlenende taak van justitie dient uitbesteed te worden aan de Minister van Volksgezondheid die de voogdij op zich neemt. Gezien het recht op gezondheidszorg, dienen geïnterneerden en gedetineerden aangesloten te blijven bij de sociale zekerheid. Een mogelijkheid is dat de FOD Justitie de nodige financiële bijdragen (aandeel van het ziekenfonds en het remgeld) levert aan het RIZIV. Dit sluit aan bij de besluiten van de ministeriële werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit (2005)⁵, bij de aanbevelingen van de ‘Penitentiaire Gezondheidsraad’ (12 februari 2009) en deze van de ‘Centrale Toezichtraad van het Gevangeniswezen’ (december 2011).

2 Zie de verslagen van het CPT (Comité ter preventie van foltering, onmenselijke en vernederende behandeling en bestraffing) van de Raad van Europa en de veroordelingen van België door het Europees Gerechtshof in Luxemburg.

3 In Wallonië bestaan er residentiële zorgfaciliteiten voor geïnterneerden: ‘Les Marronniers’ in Doornik, ‘La Chaîne aux Haies’ in Mons (voor vrouwen) en de IBM van Paifve. In Brussel is er het psychiatrisch centrum Titeca voor psychotische geïnterneerden.

4 Art. 88 van de basiswet betreffende de rechtspositie van gedetineerden (2005).

5 Paul Cosyns (voorzitter) ‘Wergroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit: synthese verslag mei 2005’, ministerie van Justitie.

- 2/ De FPC's moeten beantwoorden aan de *normen en regelgeving* van het ministerie van Volksgezondheid. De bevoegde inspectieoverheid voor psychiatrische ziekenhuizen moet ook bevoegd zijn voor de FPC's. Dit is noodzakelijk wil men de gelijkwaardigheid van zorgverlening garanderen voor deze patiëntengroep.
- 3/ De forensische patiëntenpopulatie is verschillend van de reguliere psychiatrische patiëntenpopulatie wat het *veiligheidsaspect* betreft. Zorgteams moeten opgeleid worden om deze taak op zich te nemen op de verschillende zorgafdelingen van het FPC. Gespecialiseerde veiligheidseenheden zorgen voor de veiligheid van de perimeter van het FPC en kunnen bij noodsituaties opgeroepen worden. Zonder verder in te gaan op de eigenheid van de forensische populatie weet men uit buitenlandse ervaringen dat de staf/patiënt ratio hoger ligt en nagenoeg gelijkwaardig is aan die van de bestaande afdelingen voor zwaar gestoorde en agressieve patiënten in sommige Belgische psychiatrische centra.
- 4/ Psychiatrische zorgteams zijn *multidisciplinair* samengesteld en dit geldt ook voor forensische zorgteams. Hier moet er dringend werk gemaakt worden van een degelijke forensische opleiding en voortgezette opleiding van verpleegkundigen, sociale werkers, psychologen, psychiaters en andere teamleden. Psychologen vervullen een zeer belangrijke rol in de forensische zorgverlening en het is wenselijk dat hun statuut verder uitgewerkt wordt.
- 5/ De FPC's maken deel uit van een *forensisch zorgnetwerk* en de overheid heeft terecht de verdere uitbouw en versterking van dat netwerk voorzien in haar beleid. Wij verwachten geen probleem op het vlak van de patiënteninstroom in de FPC's, maar wel bij de uitstroom. De bestaande wachtlijst van geïnterneerden, momenteel verblijvend in de gevangenis, voor opname in een FPC is reeds groter dan de totale capaciteit van de twee toekomstige FPC's van Gent en Antwerpen. Er moet nu reeds nagedacht worden over de uitstroommogelijkheden vanuit het FPC naar het forensisch zorgcircuit, zo niet zal het systeem op korte termijn vastlopen.
- 6/ Een FPC is in essentie een *zorginstelling* en mag niet misbruikt worden voor deskundigendoelinden in de onderzoeksfase. De basiswet van 2005 voorziet een strikte scheiding tussen 'zorg' en 'expertise'⁶ en ook de Orde van geneesheren pleit in dezelfde richting⁷. De interneringswet voorziet de mogelijkheid van inobservatiestelling van een verdachte voor deskundige doeleinden 'in de psychiatrische afdeling van de gevangenis', maar we weten dat een dergelijke afdeling onbestaande is. Deze leemte zou ingevuld worden door de oprichting van een Penitentiair Onderzoek- en Klinisch Observatiecentrum (POKO) zoals voorzien in het KB van 19 april 1999. Het POKO bestaat op papier maar is nooit opgericht. Wij dringen erop aan dat dit alsnog gebeurt en dat er strikt op toegezien wordt

6 Art.100 paragraaf 3 van de basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden van 12 januari 2005.

7 Advies van de Nationale raad van de Orde van geneesheren dd 08/12/2012 betreffende het "Voorstel 'Heimans' tot wijziging van de wet van 12 april 2007 betreffende de internering van personen die lijden aan een geestestoornis".

dat, bij gebrek aan een alternatief, de FPC niet zouden afgeleid worden van hun bestaansredenen en doel, namelijk de zorg voor geïnterneerden.

- 7/ De oprichting van de 2 FPC's en de verdere uitbouw van een aangepast forensisch zorgnetwerk zijn belangrijke uitdagingen die wetenschappelijk dienen opgevolgd te worden. We denken hierbij aan onderzoeksmodellen zoals 'routine outcome monitoring' en het uitwerken van een gemeenschappelijk elektronisch forensisch zorgdossier zowel voor de longitudinale opvolging van elke patiënt, de uitwisseling van patiëntengegevens binnen het zorgnetwerk, als ten behoeve van de wetenschappelijke evaluatie van de zorgverlening. Gezien de substantiële overheidsinvestering, lijkt het ons gerechtvaardigd een budget te voorzien voor de wetenschappelijke evaluatie en eventuele bijsturing op basis van objectieve gegevens van het hele project.

Wij wensen in deze bijdrage ook enkele *bijzondere uitdagingen* voor de toekomst te vermelden zonder deze verder uit te werken:

- Behandeling onder *dwang* is een belangrijk aandachtspunt in deze context. We denken hierbij bijvoorbeeld aan schizofrene patiënten die medicatie weigeren, hoewel ze hierdoor de nodige vooruitgang geboekt hebben in het verleden en dankzij deze medicatie opnieuw handelingsbekwaam geworden zijn. Het opstellen van aangepaste protocollen is dus noodzakelijk.
- De wet betreffende *de rechten van de patiënt* is van toepassing. Er dient nagedacht te worden over de manier waarop inspraak en responsabilisering van de forensische patiënt bevorderd kan worden.
- Ook in de psychiatrie is een toenemende *vermaatschappelijking van de zorg* merkbaar. Het nieuwe artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere zorginstellingen betreffende de realisatie van zorgcircuits en netwerken is een beslissende stap in die richting maar sluit forensische patiënten uit. De vermaatschappelijking van de forensische zorg zal verder ontwikkeld moeten worden via een versterking van het forensisch zorgnetwerk. Deze evolutie is ook noodzakelijk om de uitstroom vanuit de FPC's te garanderen.
- De wet betreffende *de euthanasie* is principieel ook van toepassing voor forensische patiënten. Dit punt verdient nader onderzoek in tempore non suspecto. Een spoeddiscussie voeren naar aanleiding van een gemediatiseerde casus kan niet sereen plaats vinden.
- De uitwerking van een efficiëntere zorgverlening aan geïnterneerden binnen volksgezondheid betekent ook nieuwe uitdagingen betreffende *het beroepsgeheim* in de noodzakelijke uitwisseling van medische gegevens met de betrokken partners.

Gezien de huidige ontwikkelingen van de forensische zorgverlening, zijn dit, volgens ons, de belangrijkste uitdagingen voor de toekomst. Wanneer zorgverlening en justitie met elkaar *in dialoog* gaan, vertrekkende vanuit een basishouding die respect en erkenning toont voor eenieders specifieke maatschappelijke bijdrage in de zorg voor psychiatrisch gestoorde forensische patiënten en de veiligheid van de maatschappij, kunnen er duurzame oplossingen gevonden worden.

HOOFDSTUK 8

Oude uitdagingen, nieuwe kansen!

Wing Ting To, Stefaan De Smet, Stijn Vandevelde & Wouter Vanderplasschen

Een bekende uitspraak van de Russische schrijver Dostojevski stelt dat de mate van beschaving van een samenleving kan worden afgelezen aan de kwaliteit van de gevangenen en wat breder geïnterpreteerd dan ook aan de manier waarop er met gevangenen wordt omgegaan. Dit geldt in het bijzonder voor de bejegening van kwetsbare gedetineerden, waartoe diegenen die onderworpen zijn aan een interneringsmaatregel ongetwijfeld behoren. Het behoeft nog weinig betoog dat de behandeling van geïnterneerden in ons eigen land dringend aan hervorming toe is. In die zin kan de realisatie van twee ‘nieuwe’ Forensisch Psychiatrische Centra (FPC’s) in Gent en Antwerpen een belangrijke stap betekenen om deze ‘oude’ uitdaging aan te gaan.

Op basis van de verschillende studies die in het kader van het PWO-project zijn uitgevoerd, werden doorheen dit boek reeds verschillende mogelijke aangrijpingspunten voor de concrete behandeling van geïnterneerden voorgesteld. Als besluit worden in de onderstaande reflectie de belangrijkste resultaten en mogelijke adviezen die van nut zouden kunnen zijn voor de werking van de binnenkort op te starten Forensisch Psychiatrische Centra gesynthetiseerd. Dit alles is in eerste instantie gebaseerd op literatuuronderzoek en empirische studies (Boers et al., 2011; To et al., 2012; Vandevelde et al., 2011). Daarnaast werd met de leden/experten van de stuurgroep van het PWO-project een focusgroep gehouden over een aantal relevante thema’s voor de organisatie van de zorg in een FPC. Deze bevindingen staan telkens in het cursief weergegeven.

Met betrekking tot de *inhoudelijke* vormgeving van de behandeling in een FPC wordt er voor gepleit om de behandeling vorm te geven vanuit een onderbouwde en integratieve visie, waarbij verschillende psychotherapeutische methoden/technieken en elementen uit verschillende theoretische benaderingen worden samengebracht. Concreet kan hierbij worden gedacht aan de integratie van zowel het ‘What Works’ denken van Andrews en Bonta als het meer krachtengericht perspectief dat door Tony Ward en zijn collega’s vanuit het Good Lives Model wordt gepromoot. Een dergelijke integratieve visie helpt om de complexe problematiek waarmee de meeste geïnterneerden

geconfronteerd worden vanuit meerdere invalshoeken te analyseren. Een behandeling die zich te eenzijdig focust op criminogene factoren of omgekeerd een behandeling die zich te veel focust op het verbeteren van de leefomstandigheden bemoeilijkt een realistische inschatting van de werkelijke situatie. Als aanvulling op de beoordeling van criminogene factoren worden doorheen deze publicatie daarom verschillende concrete voorbeelden gegeven die zouden kunnen bijdragen tot de realisatie van een integratieve en krachtengerichte visie op de behandeling van geïnterneerden. Hierbij kan verwezen worden naar aanvullende krachtengerichte assessment-instrumenten zoals de START; gespreksmethodieken die uitgaan van zelfstandigheid en eigen kracht zoals motiverende gespreksvoering; en het in kaart brengen van en aandacht hebben voor de condities die de levenskwaliteit kunnen verhogen.

Het realiseren van een veilig en ondersteunend zorgklimaat voor verschillende doelgroepen is van groot belang in een FPC, zodat de interactie met anderen in een sfeer van vertrouwen kan plaats vinden. Geïnterneerden met een verstandelijke beperking bijvoorbeeld hebben nood aan een klimaat met duidelijke afspraken, een voorspelbare structuur en met begeleiding van hulpverleners die kunnen inspelen op het niveau van het sociaal-emotioneel functioneren van de individuele cliënt. Geïnterneerden met persoonlijkheidsstoornissen functioneren dan weer beter in een veilig en huishoudelijk klimaat zodat binnen duidelijke grenzen de ontwikkeling van de eigen verantwoordelijkheidszin kan gestimuleerd worden.

De co-morbide en dus complexe problematiek van de meeste geïnterneerden maakt dat de opdeling in verschillende afdelingen niet louter bepaald kan worden op basis van psychopathologie. De toewijzing aan een leefgroep in een FPC zou eerder op basis van andere criteria moeten gebeuren zoals het niveau van draagkracht, mate van verantwoordelijkheidsgevoel, gevaarlijkheidsgraad en veiligheidsniveau (van high- naar medium- naar low-risk). Het belang van het in kaart brengen van het groepsprofiel en de groepsdynamiek wordt hierbij benadrukt. Daarom moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen een afdeling met zijn sociotherapeutisch klimaat enerzijds en de zorgprogrammering die daar geheel of gedeeltelijk van los staat anderzijds. Geïnterneerden met een bepaalde psychopathologie of problematiek kunnen op gemengde afdelingen verblijven, maar worden best samengebracht in specifieke groepstherapieën. Zorgprogrammering neemt dan ook een belangrijke plaats in en een programmadirecteur die een duidelijk zicht heeft op het verloop van de behandelingstrajecten is daarom een onmisbare schakel in een goed werkend FPC.

Een aangepast klimaat vereist de inzet van gekwalificeerde personeelsleden die werken vanuit een empathische en motiverende houding. Dit sluit sterk aan bij het eerder vermelde aspect van 'bejegening' als één van de '3 B's' (De Borg, zie deel 5.1.3.). Bejegening is gericht op het uitbouwen van een basisrelatie tussen cliënt en hulpverlener, gestoeld op wederzijds vertrouwen, empowerment en aandacht voor iemands quality of life (QOL). Hoewel het delictgedrag op zich duidelijk moet worden afgekeurd, dient de geïnterneerde immers als mens wel onvoorwaardelijk aanvaard te worden. Het personeel moet daarom kunnen omgaan met de spanningen die inherent zijn aan het werken op het grensgebied van hulp en recht. Een duidelijke en gedeelde visie over hoe met deze spanning om te gaan is een essentieel element. Hierbij lijkt

de hybride benadering (zie Hermanns & Wenger, 2009) een goede keuze, gezien deze aanpak de meer controlerende én de meer ondersteunende elementen in het werk met geïnterneerden verenigt. Dit vraagt een bijzondere vorm van professionaliteit waarbij zowel gewerkt wordt aan het verminderen van het risico op recidivisme als aan het verhogen van sociaal functioneren en het algemeen welzijn van de cliënt. Het valt dus aan te raden om geen al te strikte scheiding te installeren tussen personeel dat instaat voor behandeling versus personeel dat enkel instaat voor beveiliging. Het is vooral belangrijk om een sfeer te creëren waarin personeelsleden de nodige veiligheid krijgen om eigen onzekerheden op dit vlak uit te drukken en waarbij dit als een maatstaf van professionaliteit zou moeten beschouwd worden, eerder dan een teken van zwakte (Boers et al., 2011).

Hierbij moet het ondubbelzinnig duidelijk zijn voor de geïnterneerde wat er wordt gedaan en welke informatie wordt verzameld voor justitie/beveiliging en welke voor zorg/behandeling. Beide vormen van assessment moeten dan ook goed gescheiden worden. Verder is het belangrijk om duidelijk te communiceren wat er verwacht wordt van de geïnterneerde en wat er kan en niet kan in het kader van het opnemen van eigen verantwoordelijkheid. Ook de gevolgen bij het overschrijden van grenzen of het niet naleven van afspraken moeten transparant zijn. Het op papier zetten van deze geïndividualiseerde afspraken voor iedere geïnterneerde kan hierbij helpen zodat er later kan worden op teruggekomen. Verder hebben patiënten door het digitaliseren van opvolgsystemen gemakkelijker toegang tot hun eigen patiëntendossier en krijgen ze zo zicht op hun individuele behandelingsproces en -planning. Dit bevordert de betrokkenheid van de cliënt bij zijn eigen herstel- en behandelingsproces.

Met betrekking tot **structureel-organisatorische** aspecten lijkt een gefaseerd aanbod via een zorgtraject een mogelijke piste. Naar analogie met andere settings waarin geïnterneerden momenteel worden begeleid kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen onthaal en observatie, begeleiding en behandeling, resocialisatie en nazorg. Het zal dus belangrijk zijn om goed na te denken over de manier waarop patiënten in een FPC worden aangemeld. In het geval daar legitieme (therapeutische) redenen voor zijn zou een FPC autonoom moeten kunnen motiveren en beslissen waarom bepaalde patiënten (tijdelijk) wel of niet kunnen worden opgenomen. Deze vraag naar de mogelijkheid tot het gebruik van in- en exclusiecriteria is medebepalend voor een noodzakelijke dynamiek van instroom naar uitstroom en dient daarom van bij de start in de discussie worden meegenomen.

Een belangrijke vraag die verband houdt met het zorgtraject en de zorgprogrammering is hoe omgegaan wordt met crisissituaties en -opnames.

Bepaalde concepten zoals ‘module’ en ‘crisis’ zullen eerst verhelderd moeten worden. De term ‘module’ die momenteel veelvuldig wordt gebruikt in de forensische psychiatrische zorg is verwarrend. Verder zijn deze ‘modules’ of eerder ‘fasen in de behandeling’ niet zo duidelijk voor de geïnterneerden en blijken deze fasen elkaar vaak te overlappen. Crisis wordt voorts niet als een aparte module gezien die op hetzelfde niveau gesteld kan worden als de andere voorgestelde modules (opname, behandeling, resocialisatie). Een crisis kan immers in elke fase van de behandeling voorkomen en kan

best op de eigen afdeling opgevangen worden, voor zover dat de tijd en energie die ermee gepaard gaat niet ten nadele is van de hele groep. Naast de crisissen die op de afdeling opgelost kunnen worden (op elke afdeling is een time-out ruimte vereist) is er ook nood aan een aparte, meer beveiligde afdeling ('crisisafdeling' of 'intensieve zorgen-afdeling'). De zorg op de crisisafdeling wordt best geleverd door een afzonderlijk gespecialiseerd team dat 24u op 24u beschikbaar staat en dat indien nodig ook ondersteuning kan bieden om op een humane manier dreigende escalaties op behandelafdelingen te helpen oplossen. Een 'crisisafdeling' draagt alle verantwoordelijkheid vanaf het moment dat een verwijdering van een geïnterneerde op een behandelafdeling een feit is. Het kan evenwel zinvol zijn om systematisch bezoek van de teamleden van de oorspronkelijke behandelafdeling te organiseren. Zo kan de band tussen de geïnterneerde en de oorspronkelijke afdeling behouden blijven. Voor de geïnterneerde kan dit een signaal van betrokkenheid betekenen en biedt het ook hoop op een eventuele terugkeer. In de praktijk is een crisisafdeling tezelfdertijd meestal ook de opname afdeling, omdat ze een gelijkaardig therapeutisch klimaat hebben, namelijk zeer gestructureerd en ondersteunend. Toegepast op de situatie van een FPC zou dit kunnen betekenen dat de intensieve zorg en een eerste basisobservatie er zouden kunnen gecombineerd worden. Hierover moet echter grondig worden nagedacht. Belangrijk is immers dat er, zoals reeds vermeld in deel 3.7.3., een duidelijk verschil gemaakt wordt tussen beeldvorming in het kader van justitie en beeldvorming in het kader van behandeling. Voor beide geldt dat zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van gestandaardiseerde en betrouwbare instrumenten die in de meeste ideale situatie rekening houden met zowel risicofactoren als sterktes (bijvoorbeeld de START). Idealiter is een vorm van basisscreening/observatie van elke instromende geïnterneerde wenselijk, waar nodig aangevuld met een verdiepende diagnostiek.

Een thema dat aansluit bij het creëren van een zorgtraject is de implementatie van een gefaseerd vrijhedensysteem.

Een gedifferentieerd vrijhedenbeleid lijkt het meest bruikbaar en leidt niet tot frustraties bij anderen. Het kan integendeel zelfs tot meer motivatie leiden. Het individuele vrijhedenbeleid mag echter niet zichtbaar gemaakt worden voor de andere geïnterneerden. In het kader van een geïndividualiseerd vrijhedenbeleid kunnen digitale innovaties (badge of pasjes-systeem en digitale lokalisatie van de geïnterneerde in de ruimte) nuttig zijn. Het inschakelen van technologische hulpmiddelen kan in theorie helpen om meer tijd vrij te maken voor persoonlijke aandacht aan de geïnterneerden. Het vertrouwen in technologische ondersteuning kan echter ook negatieve consequenties met zich meebrengen zoals het vervangen van verzorgend personeel door de technologie waardoor er net een verminderd interpersoonlijk contact tussen personeel en geïnterneerde ontstaat. Daarnaast bestaat ook nog het gevaar op misbruik van elektronica onder de geïnterneerden zoals het doorgeven van badges/passen.

Ook **setting-specifieke randvoorwaarden** spelen een rol in het verder uitbouwen van een behandeling binnen een FPC. Zoals reeds aangegeven, is het kunnen beschikken over gekwalificeerd personeel een conditio sine qua non voor het adequaat functioneren van een FPC. Samenwerking tussen het FPC en opleidingen, zowel

op universitair als hogeschoolniveau is hierbij dan ook belangrijk. Gezien het belang van een multidisciplinaire equipe verdient het aanbeveling hierbij opleidings-overschrijdende samenwerkingsverbanden te zoeken. Belangrijk is ook het verder werken aan een meer positieve beeldvorming van geïnterneerden in de media en het inbedden van de Forensisch Psychiatrische Centra in het sociale weefsel van de samenleving (Boers et al., 2011).

Wetenschappelijk onderzoek dient verder een duidelijke plaats in het FPC te krijgen. Best wordt van bij de start samengewerkt met onafhankelijke onderzoeksinstellingen zodat behandelingseffecten nauwgezet kunnen worden opgevolgd. Het biedt ook mogelijkheden om de behandeling verder uit te bouwen, af te stemmen en te optimaliseren. Naast de ‘klassieke’ uitkomst-indicatoren, zoals recidive, wordt hierbij best ook rekening gehouden met meer sterkte-gerichte indicatoren die ook welbevinden en quality of life in kaart brengen. In navolging van de aanbevelingen door Cosyns (2007) vormt ook onderzoek naar onder meer de preventie van delinquent gedrag bij psychiatrische patiënten en meer aandacht voor noden en behoeften, zeker bij de meest kwetsbare groepen als personen met een verstandelijke beperking, een belangrijke uitdaging voor de toekomst.

Essentieel voor het welslagen van het FPC is de samenwerking met andere actoren in het brede werkveld van de geestelijke gezondheidzorg en andere sectoren. Uitstroommogelijkheden naar vervolginstellingen zijn dan ook absoluut noodzakelijk om een volwaardig forensisch psychiatrisch zorgcircuit te kunnen organiseren. Het ontwikkelen van een continue registratie van geïnterneerden om zo de zorgtrajecten van geïnterneerden te visualiseren en op te volgen is hierbij een kritisch aandachtspunt (Cosyns, D’Hondt, Janssens, Maes & Verellen, 2007). Hierdoor kunnen moeilijkheden in de transitie van de ene naar de andere forensische instelling in kaart worden gebracht. Een gebrek aan inzicht in deze problemen zal leiden tot het dichtslippen van het forensische zorgcircuit en de re-integratie van geïnterneerden hypothekeren.

Zoals eerder aangegeven dient de verdere uitbouw van het FPC rekening te houden met zowel inhoudelijke, structureel-organisatorische en setting-specifieke elementen (Boers et al., 2011). Essentieel lijkt ons hierbij om echt te luisteren naar wat geïnterneerden zelf kunnen bijdragen. Het creëren van (reële) hoop om hun leven in de toekomst terug in handen te kunnen nemen draagt bij tot succesvolle re-integratie, vandaar het belang mensen daadwerkelijk te betrekken in hun eigen behandelings- en herstelproces.

We sluiten deze reflectie dan ook af met een mooi citaat van Saleebey (1992) die de essentie van een krachtengerichte aanpak treffend samenvat. Deze visie is ons inziens een essentiële aanvulling bij de exclusief normgerichte visie van risicobeheersing die de forensische zorg nog vaak typeert.

'At the very least, the strengths perspective obligates workers to understand that; however downtrodden or sick, individuals have survived (and in some cases even thrived). They have taken steps, summoned up resources, and coped. We need to know what they have done, how they have done it, what they have learned from doing it, what resources (inner and outer) were available in their struggle to surmount their troubles'

(Saleebey, 1992, p. 171-172)

Referenties

- Boers, A., Vandeveldde, S., Soyez, V., De Smet, S., & To, W.T. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 32(2), 17-38.
- Cosyns, P. (2007). *De behandeling van geïnterneerden: eindelijk een doorbraak ?* Presentatie op het Symposium '50 jaar GGZ in België: realisaties en perspectieven' (7 mei 2007). Julie Renson Stichting.
- Cosyns, P., D'Hont, C., Janssen, D., Maes, E., & Verellen, R. (2007). Geïnterneerden in België. De cijfers. *Panopticon*, 28(1), 46-61.
- De Borg (2012). *Bejegenen, behandelen, beveiligen*. Beschikbaar op <http://www.de-borg.nl/de-borg/3-bs.html> (januari 2013).
- Hermanns, J., & Menger, A. (2009). *Walk the line. Over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Amsterdam: SWP.
- Saleebey, D. (1992). *The strengths perspective in social work practice*. New York: Longman.
- To, W.T., Vandeveldde, S., Soyez, V., De Smet, S., Boers, A., & Vanheule, S. (2012). Treatment perspectives on interned mentally ill offenders in a forensic psychiatric center (FPC): a Delphi study on experts' opinions. *Psychology, Crime & Law*, 0(0), 1-17. doi:10.1080/1068316X.2012.736511
- Vandeveldde, S., Soyez, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78.

WIE IS WIE

Anja Boers,

is maatschappelijk werker en criminoloog. Ze is voormalig wetenschappelijk medewerker aan het PWO-project (Hogeschool Gent) rond de behandeling van geïnterneerden. Ze werkt nu als gedetacheerd manager kernprocessen aan de Attaché dienst kennisbeheer en beleidsondersteuning, Justitiehuis Gent, Directoraat-Generaal Justitiehuisen, FOD Justitie.

Em. Prof. dr. Paul Cosyns,

is emeritus hoogleraar Psychiatrie van de Universiteit Antwerpen en stichter van het Universitair Forensisch Centrum in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Hij is sinds de jaren '70 werkzaam in het domein van de forensische psychiatrie met als doel zowel het uitbouwen van een adequate diagnose en zorgverlening voor psychiatrisch gestoorde gedetineerden als de bevordering van het onderwijs en wetenschappelijk onderzoek in het domein van de forensische psychiatrie.

Stefaan De Smet,

is psychiatrische verpleegkundige en gerontoloog. Hij werkt als lector in de opleiding verpleegkunde aan de faculteit Mens en Welzijn van de Hogeschool Gent en is onderzoeker in de forensische psychiatrie aan de Hogent – VUB – UGent. Zijn lopend doctoraatsonderzoek focust op oudere geïnterneerden.

Henri Heimans,

is kamervoorzitter in het hof van beroep te Gent en voorzitter van de kamer van inbeschuldigingstelling. Hij werkt al 40 jaar voor Justitie in de dagelijkse praktijk van penalist. Als magistraat-voorzitter van de Commissie tot Bescherming van de Maatschappij (CBM) spant hij zich al vele jaren in voor een lotsverbetering van de geïnterneerden op juridisch en humanitair vlak. In deze hoedanigheid klaagt hij regelmatig in de media de schrijnende toestanden aan en wordt als gesprekspartner gewaardeerd in de juridische en penitentiaire wereld, en ook in de geestelijke gezondheidszorg en hulpverlening.

Wing Ting To,

is psycholoog en heeft een master in Quantitative Analysis in the Social Sciences. Zij werkt als onderzoeker aan de faculteit Mens en Welzijn van de Hogeschool Gent. Haar onderzoek richt zich voornamelijk op het screenen en ondersteunen van kwetsbare groepen zoals geïnterneerden en personen met een verstandelijke beperking die middelen misbruiken.

Prof. Dr. Tom Vander Beken,

is jurist en criminoloog. Hij werkt als hoogleraar aan de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de Universiteit Gent. Zijn onderzoek richt zich op strafrecht vanuit een internationaal en vergelijkend perspectief.

Martin Vanden Hende,

Is directeur van Centrum OBRA vzw in Evergem en voorzitter van het Platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent (PFPCG). De werking ‘Ontgrendeld’ van Centrum OBRA in de gevangenis van Gent biedt al meer dan 10 jaar ondersteuning aan geïnterneerden met een verstandelijke beperking en hun netwerk.

Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen,

is orthopedagoog. Hij werkt als docent aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent. Zijn onderzoek heeft vooral betrekking op de toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen, in het bijzonder personen met verslavingsproblemen. Herstel of recovery is hierbij één van de voornaamste onderzoeksthema's.

Prof. Dr. Stijn Vandevelde,

is orthopedagoog. Hij werkt als docent in de opleiding Bachelor in de Orthopedagogie, faculteit Mens en Welzijn van de Hogeschool Gent, en is tevens gastdocent aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent. Zijn onderzoek richt zich onder meer op de ondersteuning en de quality of life van bijzondere doelgroepen in de orthopedagogiek, waaronder geïnterneerden.

Delphine Vanhaelemesch,

is criminoloog. Ze werkt als doctoraatsonderzoeker (aspirant van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek – Vlaanderen (F.W.O.-Vlaanderen)) aan de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de Universiteit Gent.