

Zorg en justitie, samen gedwongen opnames voorkomen

Freya Vander Laenen, Sara Goossens en Vincent Vandenbussche¹

INHOUD

Inleiding	42
1. Probleemstelling	42
2. Het samenwerkingsakkoord	43
2.1. Ontstaan	43
2.2. Verwachtingen ten aanzien van en eerste evaluatie door de betrokken actoren	45
3. De toekomst: crisisplan en -kaart voor mensen met een psychische kwetsbaarheid	48
4. Kritische reflectie en conclusie	49
Referenties	50

Inleiding

De auteurs van de locomotieftekst bespreken bij de start van hun bijdrage terecht de problematiek van de gedwongen opnames. De (recente) beleidsmatige en media-aandacht voor internering zou doen vergeten dat jaarlijks nog heel wat meer mensen gedwongen worden opgenomen. Politie mensen spelen hierbij een cruciale rol: zij zijn vaak bij de eersten die in dergelijke crisissituaties in contact komen met de betrokken persoon met een psychische kwetsbaarheid.

Om te kunnen overgaan tot een gedwongen opname van een meerderjarige door de vrederechter, moet aan drie voorwaarden worden voldaan (art. 2 wet gedwongen opname).² Het moet ten eerste gaan om een ‘geesteszieke’ persoon, die – ten tweede – in een crisissituatie zijn eigen gezondheid of veiligheid ernstig in gevaar brengt of een ernstige bedreiging vormt voor de integriteit van een andere persoon. Ten derde mag er geen andere geschikte (lees vrijwillige) behandeling mogelijk zijn. Een spoedprocedure wordt toegepast bij acute gevaarsituaties, waardoor in enkele uren kan worden overgegaan tot de start van een gedwongen opname (Balthazar, 2015).

De problematiek van gedwongen opnames, vooral via de spoedprocedure, is niet nieuw. We constateren de

laatste jaren een toename van deze gedwongen opnames. Politie, justitie en de zorgsector dienen in deze context goed met elkaar samen te werken. Om het aantal gedwongen opnames (via een spoedprocedure) maximaal te vermijden en met het oog daarop de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen politie, justitie en de zorgsector beter te stroomlijnen, werd in het gerechtelijk arrondissement Gent in 2014 een samenwerkingsakkoord ondertekend tussen de verschillende betrokken zorgactoren uit de geestelijke gezondheidszorg, de politiediensten en de gerechtelijke autoriteiten. In deze bijdrage gaan we in op de totstandkoming en de toepassing van dit samenwerkingsakkoord en bespreken we de eerste ervaringen. We illustreren de concrete (samen)werking via een aantal casussen. We eindigen de bijdrage met een vooruitblik.

1. Probleemstelling

In de locomotieftekst worden twee elementen aangehaald die goed de context schetsen waarin het samenwerkingsakkoord tot stand is gekomen.

Het eerste element is de prevalentie van gedwongen opnames. In 2012 telde Vlaanderen 4657 gedwongen opnames, goed voor 10 % van het totale aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen. Een analyse van geïnitieerde procedures leert dat 26,3 % van de gedwongen opnames eindigt binnen 10 dagen, 30,4 % tussen 11 en 40 dagen, en 43,3 % langer dan 40 dagen duurt (Schoevaerts *et al.*, 2012). Bovendien blijkt dat in 85 % van die gedwongen opnames de spoedprocedure wordt toegepast, terwijl de wetgever oorspronkelijk voor ogen had dat deze procedure de uitzondering zou moeten zijn, eerder dan de regel (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2015). Er zijn bovendien duidelijke indicaties dat deze wanverhouding zich versterkt voortzet (Schoevaerts, Bruffaerts en Vandenbergh, 2014).³

Het tweede element is gelinkt aan de toename van het

1. **Freya Vander Laenen** is hoofddocent criminologie in de Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht van de Universiteit Gent. Ze is codirecteur van het Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP); leidt en leidde er verschillende onderzoeksprojecten rond mensen met psychische problemen in contact met justitie, alsook beleids- en praktijkondersteunend onderzoek rond drugbeleid. Zij publiceert rond ethische aspecten van onderzoek en rond beroepsgeheim in een forensische context. **Sara Goossens** is directeur van het Justitiehuis Gent, departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin.

Vincent Vandenbussche is coördinator bij het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ vzw).
2. Wet van 26 juli 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, BS 27 juli 1990. Hierna wet gedwongen opname.
3. In Schoevaerts *et al.* (2012) en Schoevaerts, Bruffaerts en Vandenbergh (2014) zijn uitgebreide analyses terug te vinden over de toepassing van gedwongen opnames in Vlaanderen.

aantal gedwongen opnames. Zoals de auteurs in de locomotieftekst aanhalen, is de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg hier niet vreemd aan. Tussen 1999 en 2008 steeg het aantal gedwongen opnames van volwassenen in België met 42 % (Henckens *et al.*, 2015). Daartegenover leert de ervaring dat 31,7 % van de gestarte spoedprocedures gedwongen opname niet wordt bevestigd (Schoevaerts *et al.*, 2012).

Uit onderzoek bij de spoedopnameafdeling van het UZ Leuven blijkt onder meer dat gedwongen opgenomen patiënten in 37,8 % van de gevallen naar de spoed werden doorverwezen door de politie. Een mogelijke verklaring die de auteurs daarvoor geven, is dat patiënten sneller gedwongen worden opgenomen wanneer de ambulante hulpverlener, of de hulpverlener die de patiënt kent, niet te bereiken is (bv. in het weekend of buiten de kantooruren). Een andere, daarbij aansluitende verklaring is dat, wanneer de mantelzorger(s) van een patiënt niet aanwezig zijn (bv. 's nachts), de patiënt in crisis vaker door de politie wordt opgemerkt (Henckens *et al.*, 2015).

De bezorgdheid over deze cijfers en over een aantal individuele casussen rond gedwongen opname die de media haalden⁴, hebben er mee toe geleid dat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (hierna NRZV) in de zomer van 2015 een advies opstelde om tot een aanpassing te komen van de wet op de gedwongen opname. Een aantal aanbevelingen uit dit advies zijn specifiek van belang om de context van het samenwerkingsakkoord in Gent te situeren. Zo pleit de NRZV (2015) er onder meer voor om zowel de duur als het aantal gedwongen opnames zo veel mogelijk te beperken. Het beperken van het aantal gedwongen opnames is net een van de centrale doelstellingen van het samenwerkingsakkoord in Gent. De NRZV pleit voorts voor gestructureerd casusoverstijgend overleg tussen magistraten, hulpverleners, politie, advocatuur... Dit overleg heeft de bedoeling positieve ervaringen en problemen met elkaar te bespreken, het sluiten van akkoorden te stimuleren en de kennis van de vrederechter (en wat ons betreft ook de politie en de procureur) van de bestaande mogelijkheden in het zorgnetwerk te vergroten. Bovendien geeft het advies duidelijk te verstaan dat bij een gedwongen opname *'bijzondere aandacht en voorzichtigheid bij het delen van informatie noodzakelijk [is]'* (NRZV, 2015: 15). In de praktijk melden hulpverleners, politie en parket echter dat zij een gebrek ervaren aan juiste informatie (*need to know*) en accurate communicatie tussen alle betrokken partijen, als zij voor of tijdens een crisis bij mensen met een psychische problematiek ingeschakeld worden. Dit gemis aan informatie en communi-

catie, ook bij politie en parket, was een concrete aanleiding om tot het Gentse samenwerkingsakkoord te komen.

“Mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en hun directe netwerk willen meer controle hebben over de situatie voor, tijdens en/of na een acute psychische crisis en/of gedwongen opname.”

Voor we verder ingaan op het samenwerkingsakkoord willen we nog benadrukken dat het belangrijk is voor ogen te houden dat achter deze cijfers mensen schuilgaan, voor wie een psychische crisis en/of gedwongen opname zeer ingrijpende en vaak dramatische gebeurtenissen zijn. De crisis of gedwongen opname kan een traumatiserend effect hebben op de patiënt en diens omgeving (Ridley en Hunter, 2013; Light *et al.*, 2014; NRZV, 2015). Bovendien omschrijven patiënten een gedwongen opname als *'onthoerapeutisch'* en kan het hun vertrouwen in zorgverstrekkers en in de therapeutische relatie schaden (Farrelly *et al.*, 2015). Er leeft dan ook een reële behoefte bij mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en hun directe netwerk om meer controle te hebben over de situatie voor, tijdens en/of na een acute psychische crisis en/of gedwongen opname (Thornicroft *et al.*, 2013).

2. Het samenwerkingsakkoord

2.1. Ontstaan

Op 2 oktober 2014 werd het samenwerkingsakkoord 'Aanpak van crisissituaties bij mensen met een psychische problematiek' in het gerechtelijk arrondissement Oost-Vlaanderen, afdeling Gent boven de doopvont gehouden.

2.1.1. De conceptie

Tijdens de uitrol van de herallocatie van residentiële psychiatrische middelen (bedden) naar ambulante en outreachende hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg⁵ vroeg het justitiehuis Gent aan de toenmalige netwerkcoördinator van het opstartende 107-project in de regio Gent-Eeklo (later bekend als Het PAKT)

4. De bekendste voorbeelden zijn die van Jonathan Jacob en Brenda Froyen (zie o.m. geestelijkgezondvlaanderen.be/leestip-vlaamse-psychiaters-protesteren-tegen-huidige-wet-op-gedwongen-opname; Froyen, 2014).

5. In het kader van artikel 107 van de ziekenhuiswet (gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, 85

7 november 2008) kunnen psychiatrische ziekenhuizen en, mits ze aan een aantal voorwaarden voldoen, algemene ziekenhuizen een deel van het residentiële GGZ-aanbod afbouwen via de reconversie van bedden naar een niet-residentieel gedifferentieerd zorgaanbod (www.psy107.be).

of ook justitiabelen onder deze herverdeling van zorg zouden vallen. ‘Eerder niet’, was het antwoord toen, vermoedelijk wegens de onbekendheid dat ook patiënten in de reguliere residentiële en ambulante zorg onderworpen kunnen zijn aan juridische statuten.

In september 2012 startten de mobiele teams en de mobiele crisisteams (hierna M(C)T) hun werking. Een maand later werd het justitiehuis uitgenodigd door de netwerkcoördinator omdat bleek dat wel degelijk meer justitiabelen door de mobiele teams gevolgd werden dan aanvankelijk gedacht. Er was vraag naar toelichting over de verschillende justitiële mandaten, de aanpak bij problemen en de impact ervan op de zorg. De directeur van het justitiehuis en de netwerkcoördinator zetten een werkgroep op waarbij het ‘eiland zorg’ (mobiele teams, crisisteams, bemoeizorginitiatieven, psychiatrische ziekenhuizen) en het ‘eiland justitie’ (politie, parket, justitiehuis) elkaars werelden beter leerden kennen. Ook patiënten en familieleden van patiënten met psychische problemen werden betrokken bij de opmaak van dit samenwerkingsakkoord.

Bij het concreet uitwerken van afspraken rond samenwerking stootten we onmiddellijk op een aantal knelpunten die eigen waren aan ieders rol en bevoegdheid en wettelijke bepalingen (bv. het beroepsgeheim). Deze knelpunten werden nog scherper gesteld bij de analyse van de aanpak van crisissituaties voor patiënten bij wie een lopend traject door een gedwongen opname werd onderbroken. Door de uitwisseling van praktijkervaringen ontstond bij alle betrokkenen des te meer het besef en de motivatie om te streven naar een optimalisatie van deze processen, in het belang van de patiënt. De hamvraag was: kunnen we die twee werelden van zorg en justitie beter op elkaar afstemmen, zodat we, in het belang van een patiënt in crisis en met een focus op preventief optreden en vroeginterventie, kunnen voorkomen dat we noodgedwongen moeten overgaan tot een spoedprocedure gedwongen opname (en dat alles met het nodige respect voor ieders rol en verantwoordelijkheid)?

We stelden een conceptnota op maar botsten al gauw op het beroepsgeheim. Daarom nodigde de werkgroep een lid van de provinciale raad van de Orde der artsen uit, om mee na te denken over hoe elk, vanuit zijn eigen deontologisch en wetgevend kader, toch kan streven naar een efficiëntere en meer doeltreffende aanpak van crisissituaties bij mensen met psychische noden, zonder het beroepsgeheim te overtreden. We kwamen tot een werkbaar modus die voorgelegd werd aan de provinciale raad van de Orde der artsen. De provinciale raad won advies in bij de Nationale Raad

omdat het samenwerkingsprotocol niet valt onder het gedeeld beroepsgeheim aangezien informatie wordt gedeeld met politiediensten en gerechtelijke autoriteiten die niet in dezelfde mate gebonden zijn door het beroepsgeheim en niet binnen eenzelfde context of met dezelfde finaliteit betrokken zijn bij de hulpverlening aan een specifieke patiënt.⁶ Van gedeeld beroepsgeheim kan dus geen sprake zijn. De door de werkgroep noodzakelijk bevonden informatie-uitwisseling bij crisissituaties bij mensen met een psychische problematiek werd door de Orde der artsen wel als een ‘te rechtvaardigen uitzondering op het beroepsgeheim’ goedgekeurd. Deze uitzondering is te rechtvaardigen, aldus het advies, omdat het samenwerkingsakkoord uitsluitend op crisissituaties van toepassing is (Nationale Raad Orde van Geneesheren, 2014). Deze kleine opening stelt de ondertekenende partners in staat om, alleen in crisissituaties, via *need to know*-vragen informatie uit te wisselen. Weliswaar moet met deze kleine opening omzichtig te werk gegaan worden.

2.1.2. De geboorte

De finaliteit van het samenwerkingsakkoord ligt in het kunnen vermijden van niet strikt noodzakelijke gedwongen opnames en die alleen te gebruiken als *ultimum remedium* ten voordele van de vrijwillige opnames of andere interventies. Uit de praktijk bleek dat dringende gedwongen opnames soms het gevolg zijn van een gebrekkige informatiedoorstroming tussen hulpverlening en gerechtelijke instanties. Het begrip ‘crisis’ wordt soms ook anders ingevuld door hulpverleners dan door gerechtelijke instanties en kan dus sterk variëren van persoon tot persoon. Wat voor een tussenkomen buitenstaander (bv. politie of parket) als een crisis kan worden ervaren, kan voor de patiënt (en de mantelzorger of hulpverlener die betrokken is) gedrag zijn waarvoor een dringende gedwongen opname niet dient te worden bevolen.

Door het implementeren van een ketenaanpak van getrapte zorg bij crisissituaties bij mensen met een psychische kwetsbaarheid wordt de mogelijkheid gecreëerd van informatie-uitwisseling en samenwerking tussen hulpverleners enerzijds (Het PAKT) en gerechtelijke autoriteiten (Parket Oost-Vlaanderen – afdeling Gent, Politie Gent, Justitiehuis Gent) anderzijds, met als finaliteit dringende gedwongen opnames te vermijden. De doelstelling is het lijden van mensen met een psychische problematiek tot een minimum te beperken en niet meer dan nodig in te grijpen bij crisissituaties aangezien patiënten met psychische noden tot de meest kwetsbaren in onze maatschappij behoren.

6. Zie Herbots en Put (2013) voor de andere voorwaarden van het gedeelde beroepsgeheim.

“ Door de ketenaanpak van getrapte zorg is informatie-uitwisseling en samenwerking tussen hulpverleners en gerechtelijke autoriteiten mogelijk, met als doel dringende gedwongen opnames te vermijden.

schillende elementen die een crisissituatie kenmerken geen constante vormen, maar kunnen variëren in intensiteit. Het meest efficiënte antwoord op crisissituaties dient bijgevolg mee te variëren (zie schema).

De ketenaanpak van getrapte zorg betekent dat de ver-

Schema: ketenaanpak van getrapte zorg

Ingrijpend	Plaats	Betrokken partijen
Laag	Leefmilieu	Basis Patiënt Patiënt + omgeving + eigen huisarts, huisarts van wacht + GGZ Mobiel Crisis Team MOBiL Team
		Via MCT
Hoog	Residentieel	Vrijwillige opname
		Gedwongen opname via gewonde procedure
		Gedwongen opname via spoedprocedure

1. De doelgroep van AZiS zijn volwassenen met complexe en langdurige psychiatrische problemen – met verblijfplaats in de regio Gent of Eeklo – die buiten de hulpverlening vallen, er dreigen uit te vallen of niet bereikt worden en waarvoor de gewone procedures aanmelding, verwijzing en gedwongen opname geen uitkomst bieden of niet gewenst zijn. Azis is gericht op een systematische intensieve samenwerking van diverse partners uit diverse sectoren/organisaties rond de problematiek van deze ‘zorgwekkende zorgmijders’ (www.azis.be).

2.2. Verwachtingen ten aanzien van en eerste evaluatie door de betrokken actoren

Zoals gesteld werd het samenwerkingsakkoord op 2 oktober 2014 boven de doopvont gehouden. Van elke betrokken partij wordt bij het in contact komen met een crisissituatie bij mensen met een psychische kwetsbaarheid de nodige omzichtigheid verwacht. Door bepaalde drempels (stappen op het vlak van informatiedeling met de andere partners) in te bouwen, wil men niet-noodzakelijke gedwongen opnames vermijden, ten voordele van minder ingrijpende interventies op maat van de betrokken persoon.

We schetsen hierna kort wat de specifieke insteek voor elke partij is. Eind 2015, een jaar na de start van het samenwerkingsakkoord, probeerden de verschillende betrokken partijen ook al een eerste voorzichtige evaluatie op te maken. We illustreren de concrete (samen-)werking via een aantal casussen. We kunnen ons niet baseren op een nulmeting; wel analyseerde de Politie Gent voor een periode van drie maanden tweehonderd aanvankelijke processen-verbaal gemarkeerd met het label ‘ziek’ persoon. In deze pv’s is duidelijk de link gelegd tussen de reden van politionele tussenkomst

en een bevraging van de betrokken burger naar onderliggende psychische problemen en de eventuele behandeling bij een arts of hulpverleningsdienst. In verschillende pv’s is duidelijk te lezen dat de interventie bestond uit de toepassing van het cascadesysteem.

De patiënten zelf en hun omgeving hebben we nog niet op een gestructureerde manier gevraagd naar hun ervaringen met het samenwerkingsakkoord. Een aantal patiënten en hun omgeving geven wel te verstaan dat het samenwerkingsakkoord veel voor hen betekent omdat getrapte zorg ingebed wordt in de interventies van alle actoren. Tevens vinden zij het belangrijk dat werk gemaakt wordt van de opmaak van een crisiskaart waarop zij zelf kunnen aanduiden wat ze belangrijk vinden in de aanpak van een volgende crisis (cf. punt 4).⁷

2.2.1. Politie

De politiemensen zijn de ogen en oren voor de parketmagistraat. Het zijn zij die de parketmagistraat informeren over de crisissituatie ‘as is’ en die door gerichte vragen te stellen de brug slaan tussen de situatie ‘as was’ en de situatie ‘to be’. Het samenwerkingsakkoord

7. Een crisisplan is een plan dat informatie bevat waarmee de patiënt, al dan niet in overleg met de zorgverstreker, te verstaan geeft wat hij/zij wil dat er moet gebeuren op het moment dat er sprake is van een (dreigende) crisis en wilsonbekwaamheid. Een crisiskaart is de samenvatting van een crisisplan. De persoon kan deze kaart bij zich dragen (bv. in de portefeuille).

Op de kaart staat informatie over hoe een crisis er bij de betreffende persoon uitziet en wat er moet gebeuren als een (psychische) crisis optreedt. Het is een leidraad voor de directe omgeving, voor omstanders en voor zorgverstrekkers (Vander Laenen en Vandenbussche, 2016).

legt hierbij de focus op het zo laagdrempelig mogelijk ingrijpen bij crisissituaties voor zowel de patiënt als voor de maatschappij. Het samenwerkingsakkoord zorgt ervoor dat politiepersoneel zich bewust wordt van het belang van het stellen van gerichte vragen om zicht te krijgen op de potentieel onderliggende problemen. Tevens geeft het samenwerkingsakkoord tips met betrekking tot *need to know*-vragen die gesteld kunnen of zelfs moeten worden aan zorgverstrekkers. Het biedt ook oplossingen afgestemd op het politiewerk aangezien er een samenwerking op poten gezet wordt tussen politie en het mobiele (crisis)team van Het PAKT.

Deze samenwerking wordt door politiemensen als zeer zinvol ervaren, als een noodzakelijke schakel in het geheel van de afhandeling op politieel niveau. De werkgroepleden afgevaardigd vanuit de politie, analyseerden meer dan tweehonderd aanvankelijke pv's van 'ziek persoon'⁸ in een tijdspanne van drie maanden waarbij potentieel sprake kon zijn van een onderliggende psychische problematiek. Zij constateerden dat het M(C)T vlot en snel ingeschakeld wordt bij een crisis. Hoewel het M(C)T ook zijn beperking heeft qua bereikbaarheid (niet 's nachts) en qua beschikbaarheid (een stijgende caseload door hun toenemende bekendheid), neemt de politie steeds meer contact op met hen voor advies, voor casusoverleg en, zo nodig en indien beschikbaar, voor een tussenkomst.

Casus

Op een vrijdagnamiddag bracht de interventiepolitie van Gent een ex-bewoner van een psychiatrisch centrum binnen voor een vrijwillige opname. Toch startte dit psychiatrisch centrum die avond niet met haar wachtdienst voor spoed gedwongen opnames. De onthaalmedewerkster had niet meteen door dat de politie iemand kwam brengen voor een vrijwillige opname. Een en ander werd snel duidelijk. De betrokkene werd door de lokale politie van Gent opgepakt naar aanleiding van 'bizarre gedragingen' op de openbare weg. Beide agenten stelden gerichte vragen met het samenwerkingsakkoord in hun achterhoofd. Door het gestelde gedrag en de verwarde indruk die de betrokkene maakte, werd een psychotische opstoot vermoed. De betrokkene zei zelf dat een opname nodig was aangezien hij zich de laatste dagen niet goed voelde. De agenten vroegen de betrokkene naar welke psychiatrische instelling hij verkoos overgebracht te worden. Hij hoopte overgebracht te kunnen worden naar de instelling waar men hem kende, waar men zicht had op zijn situatie. Hoewel het voor de politiezone en het parket meer en snellere garanties zou bieden mocht er overgegaan worden tot een spoedprocedure gedwongen opname, werd deze vrijwillige opname buiten de politiezone Gent gerealiseerd, rekening houdend met de wil van de patiënt.

2.2.2. Parket

In de ervaring van de parketmagistraat die geraadpleegd wordt door politiemensen in verband met een crisissituatie bij een persoon met een (vermoeden van) psychische kwetsbaarheid, zorgt het samenwerkingsakkoord ervoor dat een drempel wordt ingebouwd om niet meteen over te gaan tot een spoedprocedure voor gedwongen opname, hoewel dat voor zowel de politie als de magistraat in dergelijke situaties de gemakkelijkste en meest veilige piste is. De parketmagistraat is meer dan voorheen een filter en zorgt ervoor dat het systeem van getrapte zorg van het samenwerkingsakkoord in beweging gezet wordt in plaats van onmiddellijk de spoedprocedure te laten starten. Het door de politie laten bevragen van de huisarts of een andere bekende arts of hulpverlener over de hulpverleningsnoden van de persoon met een psychische problematiek, maakt wel degelijk een groot verschil, niet het minst voor de patiënt zelf.

Casus

De politie werd opgebeld door een buurman met de vraag poolshoogte te komen nemen bij een situatie van geluidsoverlast. De interventiepolitie werd ter plaatse gestuurd en trof een verward en geagiteerd persoon aan. De inboedel van het huis was zwaar vernield. De politie kreeg met moeite de persoon tot bedaren en de persoon vertelde een incongruent verhaal. De politie probeerde verder gerichte vragen te stellen om de situatie in kaart te brengen en het parket te brieven over de te ondernemen stappen. Uit dit gesprek bleek dat de persoon voor zichzelf diende in te staan, niet beschikte over een huisarts, maar zes maanden daarvoor residentieel opgenomen was in een psychiatrisch centrum aan de andere kant van het land. De politie vroeg de betrokkene of zij toelating kregen om contact op te nemen met dat psychiatrisch centrum met het oog op het stellen van *need to know*-vragen. Na bevraging van de vroegere behandelende psychiater vernam de politie dat de betrokkene de begeleiding tegen advies stopgezet had en dat nazorg absoluut aanbevelenswaardig was. De politie nam contact op met het parket om het relaas te doen, gelet op het feit dat de situatie niet veilig werd geacht om de betrokkene alleen achter te laten. Het parket besliste om niet over te gaan tot een gedwongen opname maar verzocht de politie ter plaatse te blijven tot het mobiele crisisteam de toestand van de betrokkene beoordeeld had. Het medicatiegebruik van de betrokkene werd geoptimaliseerd en er werd vanuit het M(C)T na een paar dagen ambulante nazorg gestart door een mobiel team.

2.2.3. Mobiele teams

In de ervaring van de mobiele teams zorgde het samenwerkingsakkoord voor een nooit geziene brug tussen zorgactoren en justitieactoren. Waar hulpverleners voorheen angstvallig hun beroepsgeheim bewaakten

8. Pv ziek persoon: pvcode 32: een proces-verbaal met een 1) geestesziekte met toepassing van regelgeving van geesteszieke/collocatie 2) ziek persoon op de openbare weg of in een woning en er is geen verdachte/derde bekend 3) ziek persoon op de openbare weg of in een woning en er is een verdachte/derde bekend.

ten opzichte van politie, justitie en justitieassistenten, kwamen er door het samenwerkingsakkoord (en de door de Orde der artsen gecreëerde opening rond het beroepsgeheim) mogelijkheden om informatie uit te wisselen en over te gaan tot een bescheiden vorm van casusoverleg. Zo informeren medewerkers van mobiele teams spontaan bij de maatschappelijke recherche over hoe een interventie bij een gevarensituatie structureel door de politie wordt aangepakt, om zo voorafgaand een goede inschatting te kunnen maken en de bijstand door politiemensen in crisissituaties veel meer ‘op maat van de cliënt’ af te stemmen. Zo komt men tegemoet aan een van de meest gemaakte opmerkingen van patiënten die de tussenkomst van de politie bij crisissituaties als bijzonder ingrijpend en vernederend ervaren. Tevens zorgt deze samenwerking ervoor dat mobiele teams in een lopend zorgtraject sneller contact opnemen met de politie en is de ervaring dat de *need to know*-informatie vlotter wordt gedeeld. Het kader van het samenwerkingsakkoord werkt zeer bevorderlijk om info te durven geven of vragen.

Casus

Een residentiële psychiatrisch centrum kreeg een oproep van een ex-client die dreigde met zelfmoord. Het psychiatrisch centrum nam contact op met de 101 om zich naar de woning van de betrokkene te begeven. De interventiepolitie en de ambulance kwamen ter plaatse. De politie betrad de woning en probeerde met de man een gesprek aan te knopen om de wanhoopsdaad te verhinderen. De politie ging ook na of er dreiging uitging naar derden. De politie slaagde erin de man zijn verhaal te laten doen en polste naar de onderliggende dynamieken door gerichte vragen te stellen. De politie wist de man te overtuigen mee te gaan naar de spoed-psychiatrische eenheid van het Universitaire Ziekenhuis Gent. De psychiater daar oordeelde op basis van onderzoek en op basis van de *need to know*-info, verkregen via de politie en afgetoetst bij het psychiatrisch centrum, dat een opname raadzaam was. Zowel de politieagenten als de psychiater konden de man overtuigen van een vrijwillige opname.

2.2.4. Justitiehuis

Voor het justitiehuis betekende het samenwerkingsakkoord de spreekwoordelijke kers op de taart. Het feit dat justitiabelen met psychische noden na de herallocatie van de ‘residentiële bedden’ naar outreachende zorg⁹ toegang kregen tot de reguliere hulpverlening, getuigt van een reële vermaatschappelijking van de zorg. Het justitiehuis staat op zich in voor de begeleiding en het toezicht op de naleving van de opgelegde voorwaarden bij een (vervroegde) vrijlating onder voorwaarden. In deze voorwaarden kunnen aspecten vervat zitten rond het volgen van een medico-psycho-

sociale begeleiding om recidive te vermijden. In de follow-up van een proeftermijn wordt een zorgtraject uitgewerkt, al is dat voor de justitiabele vaak geen evidentie en verloopt het traject met ups en downs. Het komt eveneens voor dat justitiabelen tijdens de proeftermijn in een crisissituatie komen, vandaar dat casusoverleg met de huisarts, het M(C)T, initiatieven bemoeizorg of de residentiële psychiatrische settings op dat ogenblik cruciaal is. Zo niet dienen de justitieassistenten deze crisissituatie, en de daarmee gepaard gaande niet-naleving van de voorwaarden, onmiddellijk te melden aan het parket (Ketels en Vander Beken, 2011), dat op zijn beurt vaak niet anders kan dan de betrokkene te laten aanhouden en op te sluiten in de gevangenis, hoewel er eigenlijk een dringende zorgbehoefte is.

De justitieassistenten ervaren door dit samenwerkingsakkoord ook in crisissituaties een grote bereidheid van politiemensen en van de zorgsector om aan informatie-uitwisseling te doen alsook om interventies te vragen van het M(C)T of door de aanklappende zorg van bemoeizorginitiatieven. Hierdoor vult het samenwerkingsakkoord een bestaand hiaat in. Bovendien heeft de justitieassistent zicht op de verschillende trajecten die de justitiabele gelopen heeft en kan hij/zij ook hierin andere diensten informeren om in een crisissituatie mee te zoeken naar de best passende oplossing.

Casus

Het justitiehuis volgde een justitiabele die een probatieuitstel kreeg van vijf jaar voor diefstallen met geweld. De feiten werden gepleegd onder invloed van alcohol. Na enkele maanden constateerde de justitieassistent dat de betrokkene telkens opnieuw verviel in zwaar alcoholgebruik op het ogenblik dat hij zich neerslachtig voelde. Op dat ogenblik zocht de betrokkene geen contact meer met de justitieassistent en leefde hij zijn algemene en bijzondere voorwaarden niet na. Aangezien ook familie op dat ogenblik geen contact meer had met hem en ook zij zeer bezorgd waren, werd het M(C)T gevraagd samen met de justitieassistent op huisbezoek te gaan. Aangezien de betrokkene de deur niet opende, kwam de politie ter plaatse om te verifiëren of de betrokkene aan te treffen was in zijn huis. De familie was vragende partij om voor de derde maal een gedwongen opname te starten. Ondertussen werd deze situatie op het casusoverleg van het Azis+¹⁰ besproken om volgens hun methodologie deze crisis aanklappend aan te pakken en de betrokkene de nodige zorg te verlenen. Er werd gaandeweg een ambulante zorgtraject uitgewerkt en er werd een crisisplan opgesteld samen met de betrokkene. Een gedwongen opname kon worden vermeden.

9. Het kenmerk van outreachend werken is dat professionelen zelf het contact aangaan in plaats van te wachten tot een (potentiële) cliënt zelf de stap zet naar de professioneel (Beelen *et al.*, 2014).

10. AZIS+ tekent zorgtrajecten uit voor volwassenen met complexe en langdurige psychiatrische problemen (of EPP, ernstige psychiatrische patiënten) – met verblijfplaats in het arrondissement Gent of Eeklo – die buiten de hulp-

verlening vallen, er dreigen uit te vallen of niet bereikt worden en waarvoor de gewone procedures van aanmelding, verwijzing en gedwongen opname geen uitkomst bieden of niet gewenst zijn. Er wordt gewerkt aan de hand van een wekelijks cliëntenoverleg (met partners uit verschillende voorzieningen en sectoren) en een outreachfunctie.

3. De toekomst: crisisplan en -kaart voor mensen met een psychische kwetsbaarheid

Het samenwerkingsakkoord stipuleert een betere samenwerking en communicatie tussen de verschillende betrokken partijen (hulpverlening, politie en justitie) met als doel het vermijden van niet noodzakelijke gedwongen opnames en het streven naar minder ingrijpende interventies op maat. Een belangrijke aanvullende stap hierbij is het (nog meer) inzetten op het gebruik van crisisplannen en -kaarten voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Een degelijke crisisplanning geeft de patiënt meer regie over de manier waarop hij/zij bejegend wordt tijdens de crisis en over de informatie die in het kader van de crisis tussen de betrokken partijen wordt gedeeld. Bovendien kan de patiënt via het medium van een crisiskaart een effectieve en schriftelijke geïnformeerde toestemming door realiseren (zoals bepaald in art. 7, § 1-4 wet patiëntenrechten).¹¹

“ Een degelijke crisisplanning geeft de patiënt meer regie over de manier waarop hij/zij bejegend wordt tijdens de crisis en over de informatie die bij de crisis tussen de betrokken partijen wordt gedeeld.

In Oost-Vlaanderen werd in de schoot van het provinciaal overlegplatform geestelijke gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ) en in het verlengde van het samenwerkingsakkoord in de regio Gent in het voorjaar van 2015 een projectvoorstel voor het systematisch werken met een crisiskaart opgemaakt, waarvoor, tot nog toe, echter nog geen financiële mogelijkheden werden gevonden.

Vandaag worden crisiskaarten echter reeds (en steeds meer) gebruikt in de mobiele teams en andere ambulante of residentiële settings in de geestelijke gezondheidszorg. Het is echter noodzakelijk dat sterker structureel uit te werken. Het zou een goede praktijk zijn dat zorgverstrekkers samen met elke patiënt die hier toe bereid is reeds *in tempore non suspecto* een crisisplan opmaken. Zo kunnen de patiënt en zijn omgeving op het moment dat hij/zij gezond en wilsbekwaam is, vertellen op welke manier hij/zij bejegend wenst te worden in het geval van een crisis en feitelijke wilsonbekwaamheid.

Een tweede noodzakelijke stap hierbij is ook het verder nadenken over modaliteiten om de informatie van een dergelijk crisisplan op een selectieve, gestructureerde en gefaseerde manier ter beschikking te stellen van de verschillende betrokken partijen in het geval van een crisis (weer op basis van het *need to know*-principe). Zo heeft een politiemans die in aanraking komt met een persoon in acute psychische crisis andere informatie nodig dan de psychiater in een crisissetting die een eerste beoordeling van de situatie moet maken. Een crisiskaart die de persoon in kwestie altijd op zak heeft, biedt mogelijkheden, maar vermoedelijk is er nog veel meer winst te boeken op het vlak van elektronische gegevensdeling. In die context zal het decreet gegevensdeling tussen actoren in de zorg van 2014, en in het bijzonder artikel 17, § 3, een belangrijke opportuniteit bieden (in het uitvoeringsbesluit dient nog te worden voorzien). Dit artikel geeft immers de mogelijkheid om het elektronisch deelbare dossier aan te vullen met een onderdeel dat bestemd is voor de invoer van gegevens door de zorggebruiker zelf.¹² Bovendien kan via het medium van een crisiskaart een effectieve en schriftelijke geïnformeerde toestemming door de patiënt¹³ gerealiseerd worden (zoals het decreet van 2014 ook expliciet bepaalt in art. 19). Het louter voorafgaand informeren van de patiënt, zonder dat die zijn toestemming geeft voor het delen van informatie, dient te worden vermeden.

Uit buitenlands onderzoek blijkt dat patiënten het gebruik van de crisiskaart positief evalueren, in het bijzonder omdat hun standpunt wordt gerespecteerd (Thornicroft *et al.*, 2013). Uit ervaringsonderzoek bij patiënten met crisiskaarten blijkt dat, wanneer patiënten de ervaring hebben dat er sprake is van een echte dialoog met de zorgverstrekker en dat zij de controle hebben over het overleg, zij zich gerespecteerd voelen en er vertrouwen in hebben dat zorgverstrekkers ook in de toekomst in hun belang zullen optreden (Farrelly *et al.*, 2015).

Uit de bespreking van deze onderzoeken zou de indruk kunnen ontstaan dat het respectvol omgaan met en het aangaan van een dialoog met mensen met een psychiatrische problematiek toch vooral een zaak is van zorgverstrekkers. Niets is minder waar. Het respectvol omgaan met mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid is bij uitstek belangrijk voor politiemensen, net omdat zij regelmatig de eerste zijn die in contact komen met mensen in crisis. Er zijn bovendien argumenten – misschien vanuit onverwachte hoek – die politiemensen over de streep kunnen trekken. Uit buitenlands onderzoek blijkt immers dat het voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, als dan toch een procedure voor gedwongen opname

11. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.
 12. Decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen actoren in de zorg, BS 20 augustus 2014.
 13. Dat is een document waarmee de patiënt in overleg met de zorgverstrekker

vastlegt wat er moet gebeuren op het moment dat er sprake is van een (dreigende)crisis: in te lichten personen, lopende behandeling, medicatie, benadering en maatregelen in zijn/haar persoonlijke omgeving ten tijde van een (dreigende) crisis (Sutherby *et al.*, 1999).

wordt gestart, erg belangrijk is dat zij zich op een procedureel rechtvaardige manier behandeld weten. Voor contacten met de politie in het bijzonder blijkt dat, als mensen met een psychische kwetsbaarheid zich inderdaad rechtvaardig behandeld weten bij die contacten met de politie, zij vaker de beslissing(en) van de politieagent en de algemene legitimiteit van de politie aanvaarden (Wittouck, Vander Laenen en Audenaert, 2016).

4. Kritische reflectie en conclusie

Het samenwerkingsakkoord is tot nog toe beperkt gebleven tot de Gentse regio, ten gevolge van de noodzaak van beschikbare doorverwijskanalen, tot meerjarige patiënten (terwijl de noden inzake gedwongen opnames van minderjarigen eveneens urgent zijn). Daartoe zouden echter, zowel vanuit justitie als vanuit de zorg, ook andere partners in het samenwerkingsakkoord moeten stappen of bijkomende protocollen afgesloten moeten worden. Bovendien zou dat bijkomende afspraken vereisen rond de uitwisseling van informatie en het beroepsgeheim (NRZV, 2015).

De definitie van 'crisis' uit het samenwerkingsakkoord gaat verder dan wat wettelijk is bepaald in de wet gedwongen opname (nl. dat de persoon een gevaar vormt voor zijn eigen gezondheid of veiligheid of een ernstige bedreiging voor andermans leven of integriteit).¹⁴ In het kader van het samenwerkingsakkoord kan het ook gaan om een situatie die een tussenkomst vereist om 'ernstige overlast te beëindigen' (Samenwerkingsakkoord, 2014: 3). Vanuit de filosofie van het samenwerkingsakkoord, het maximaal vermijden van niet noodzakelijke gedwongen opnames via spoedprocedures ten voordele van minder ingrijpende interventies op maat, is deze toevoeging te begrijpen. Toch zal een evaluatie van de toepassing van het samenwerkingsakkoord moeten uitwijzen hoe vaak 'ernstige overlast' een reden is om het samenwerkingsakkoord in werking te laten treden. Hoe dan ook dient vermeden te worden dat het samenwerkingsakkoord in werking treedt wanneer de zorg voor de patiënt niet centraal staat; het louter aanvoeren van 'het belang van de patiënt' kan daartoe niet volstaan (Vander Laenen, 2014).

Door de afspraken in het samenwerkingsakkoord wordt een kader gecreëerd rond het uitwisselen van gezondheidsinformatie tussen zorgverstrekkers en gerechtelijke autoriteiten (Parket Oost-Vlaanderen – afdeling Gent, politiezone Gent en justitiehuis Gent). Deze informatie-uitwisseling gaat verder dan wat, op basis van het beroepsgeheim, gedeeld kan worden. Er

is immers geen sprake van gedeeld beroepsgeheim tussen zorgverstrekkers en justitiële autoriteiten (Vander Laenen en Stas, 2015). Positief is dat de initiatiefnemers advies gevraagd hebben aan de Orde der artsen en het samenwerkingsakkoord aangepast hebben aan dit advies. In 2014 heeft dat dan ook geleid tot een positief advies van de Provinciale en de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. De Nationale Raad geeft in dit advies expliciet te verstaan dat het delen van informatie, wegens de *crisissituaties* waarin informatie wordt gedeeld, als een uitzondering op het medisch beroepsgeheim te rechtvaardigen is.

Algemeen kunnen we concluderen dat het samenwerkingsakkoord tegemoetkomt aan een behoefte die gevoeld wordt door zowel zorgverstrekkers als door politie en justitie in de regio Gent. Het is een mooi voorbeeld van wat in de locomotieftekst wordt bepleit, met name een ondertekend samenwerkingsprotocol om de samenwerking en de informatiedeling tussen politie, justitie en de lokale welzijns- en psychiatrische instellingen te formaliseren. Dit akkoord heeft minstens de verdienste dat in de aanpak van crisissituaties van mensen met een psychische kwetsbaarheid bij alle interveniërende partijen een bewustwording op gang wordt gebracht dat een gedwongen opname als *ultimum remedium* moet gelden. Voorts lijkt, op basis van de eerste evaluatie, het akkoord een gedragsverandering te initiëren naar een gedeelde verantwoordelijkheid om een dergelijke crisissituatie multidisciplinair aan te pakken, met respect voor eenieder's finaliteit, met respect voor de patiënt en zijn omgeving én met het opzet om niet meer tussen te komen dan nodig. Het biedt een stappenplan waarin duidelijk wordt welke actor wanneer betrokken wordt en wat de rol en de taak is van elke actor. In de toekomst is het echter raadzaam om de toepassing van het samenwerkingsakkoord op een systematische manier te evalueren, waarbij alle hulpverleners betrokken worden en de personen met een psychische kwetsbaarheid en hun context bevraagd worden. Mocht uit deze evaluatie de meerwaarde van het samenwerkingsakkoord blijken, zowel omwille van de tevredenheid van alle betrokkenen als omwille van een effectieve daling van het aantal gedwongen opnames (via de spoedprocedure), dan lijkt het ons bijzonder zinvol dit samenwerkingsakkoord structureel te verankeren en eventueel uit te breiden naar andere arrondissementen.

Op het niveau van de individuele persoon met een psychische kwetsbaarheid en zijn context, is er – ondanks reeds heel wat goede praktijken in het veld – nog winst te maken op het vlak van autonomie en zelfbeschikking in tijden van acute crisis. Zoals besproken is er ook nog winst te boeken op het vlak van crisissplannen en -kaarten.

14. De andere voorwaarden zijn dat het moet gaan om een 'geesteszieke' én dat geen andere geschikte (lees vrijwillige) behandeling mogelijk is (art. 2 wet gedwongen opname).

“ Het samenwerkingsakkoord is een ondertekend samenwerkingsprotocol om de samenwerking en de informatiedeling tussen politie, justitie en de lokale welzijns- en psychiatrische instellingen te formaliseren.

Hoe dan ook is het duidelijk dat de politie een belangrijke rol zal blijven spelen bij het zorgzaam omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid die in crisis verkeren en dat het aantal contacten tussen politie en justitie en mensen met een psychische kwetsbaarheid alleen maar zullen toenemen. Uit de resultaten van twee onderzoeken die ook in de locomotieftekst worden besproken, is het echter duidelijk dat het gericht opleiden van politiemensen, en wat ons betreft ook juristen, essentieel is, zowel in de basisopleiding als tijdens de beroepspraktijk (Van Gampelaere en Vander Laenen, 2014; Dumortier, 2015). De ervaringen in Gent met het samenwerkingsakkoord leren ons alvast dat er mogelijkheden zijn om hier samen werk van te maken.

Referenties

- Balthazar, T. (2015). Gezondheidsrechtelijke reacties op psychische problemen: dwangopneming en bescherming van onbekwamen (pp. 101-123). In C. Wittouck, F. Vander Laenen en K. Audenaert (red.) (2015), *Handboek forensische gedragswetenschappen*. Antwerpen – Apeldoorn: Maklu.
- Bafort, M. (2014). Brief van 7 augustus 2014, Samenwerkingsprotocol. Gent: Provinciale Raad Oost-Vlaanderen voor de Orde van Geneesheren.
- Beelen, S., De Maeyer, J., Dewaele, C., Grymonprez, H. en Mathijssen, C. (2014). *Reach out! Praktijkboek voor outreachend werken*. Leuven: LannooCampus.
- Decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen actoren in de zorg. BS 20 augustus 2014.
- Dumortier, L. (2015). *Politie en bejegening van mensen met een verstandelijke beperking. Een exploratief onderzoek bij verhoor* (masterproef tot het behalen van de graad van master in de criminologische wetenschappen). Gent: Universiteit Gent.
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R.C., Szmukler, G. en Thornicroft, G. (2015). Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. *Qualitative Health Research*, 25 (12), 1637-1647.
- Froyen, B. (2014). *Kortsluiting in mijn hoofd. Over het beest dat psychose heet*. Antwerpen: Manteau.
- Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. BS 7 november 2008.
- Herbots, K. en Put, J. (2013). Vertrouwen en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Beroepsgeheim als ijkpunt (pp. 7-37). In B. Hubeau, J. Mertens, J. Put, R. Roose, K. Stas en F. Vander Laenen (red.), *Omgaan met beroepsgeheim, Cahier Welzijnszorg*. Mechelen: Kluwer.
- Henckens, B., Vandenberghe, J., Sabbe, M., Demyttenaere, K., Schoevaerts, K. en Bruffaerts, R. (2015). Gedwongen psychiatrische opname: geassocieerde factoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 71 (10), 662-671.
- Ketels, B. en Vander beken, T. (2009). To breach or not to breach? Deontologische en strafrechtelijke kanttekeningen bij medisch beroepsgeheim en partnernotificatie inzake seksueel overdraagbare aandoeningen. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2, 5-14.
- Light, E.M., Robertson, M.D., Boyce, P., Carney, T., Rosen, A., Cleary, M., Hunt, G.E., O'Connor, N., Ryan, C. en Kerridge, I.H. (2014). The lived experience of involuntary community treatment: a qualitative study of mental health consumers and carers. *Australasian Psychiatry*, 22 (4), 345-351.
- Nationale Raad Orde van Geneesheren (2014). Brief van 29 april 2014, aangaande het ontwerp van samenwerkingsprotocol betreffende de aanpak van crisissituaties in een psychische problematiek.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), Permanente werkgroep 'Psychiatrie' (2015). *Advies inzake opmerkingen op de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke* (NRZV/D/PSY/449-1). Brussel: FOD Volksgezondheid.
- Ridley, J. en Hunter, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health & Social Care in the Community*, 21 (5), 509-518.
- Samenwerkingsakkoord Gent (2014). *Aanpak crisissituaties bij mensen met een psychische problematiek*. Gent: het PAKT, politiezone Gent, Parket Gent, Justitiehuis Gent.
- Schoevaerts, K., Bruffaerts, R., Vandenberghe, J., Van Landeghem, K. en Leroy, A. (2012). *Wetenschappelijke validatie van gegevens en cijfers met betrekking tot gedwongen opname in Vlaanderen 2007-2010*. Brussel: Zorginspectie.
- Schoevaerts, K., Bruffaerts, R. en Vandenberghe, J. (2014). *Gedwongen opname in Vlaanderen – Medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven*. Gent: Academia Press.
- Sutherby, K., Szmukler, G.I., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C. en Wright, S. (1999). A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (1), 56-61.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., Barrett, B., Byford, S., Henderson, C., Sutherby, K., Lester, H., Rose, D., Dunn, G., Leese, M. en Marshall, M. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 381, 1634-1641.
- Vander Laenen, F. (2014). Whose claim is legitimate anyway? Negotiating power in inter-agency collaboration (pp. 111-129). In N. Persak, (red.), *Legitimacy and trust in criminal law, policy and justice, Norms, procedures, outcomes*. UK: Ashgate.
- Van Gampelaere, V. en Vander Laenen, F. (2014). De attitude van politie tegenover mensen met een psychiatrische stoornis; Nood aan opleiding. *Psyche*, 16 (1), 12-14.
- Vander Laenen, F. en Stas, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheids-

- zorg (pp. 113-140). In C. Wittouck, F. Vander Laenen en K. Audenaert (red.) (2015), *Handboek forensische gedragswetenschappen*. Antwerpen – Apeldoorn: Maklu.
- Vander Laenen, F. en Vandebussche, V. (2016). Crisis(preventie)plannen bij mensen met een psychische kwetsbaarheid: het cliëntperspectief centraal. *Panopticon*, 37 (2), X.
- Wet van 26 juli 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. *BS* 27 juli 1990.
- Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. *BS* 26 september 2002.
- Wittouck, C., Vander Laenen, F. en Audenaert, K. (2016). 'Authority meets mentally ill': Het belang van procedurele rechtvaardigheid (pp. 95-121). In T. Vander Beken, E. Broekaert, K. Audenaert, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen en S. Vandeveldde (red.), *Sterktes van mensen. Sterktegerichte strategieën voor het ondersteunen van mensen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten pleegden*. Gent: Maklu.