

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID
Academiejaar 2002-2003

DOORVERWIJZING VAN GEÏNTERNEERDEN VANUIT
EEN FORENSISCH PSYCHIATRISCHE AFDELING

Promotor: Prof. Dr. J. CASSELMAN
Correctoren: Mevr. S. DE VUYSERE
Mevr. M. SINTOBIN

Verhandeling, ingediend door
An VANSTEENKISTE, bij het
eindexamen voor de graad van
LICENTIAAT IN DE CRIMINOLOGISCHE
WETENSCHAPPEN

SAMENVATTING

Deze verhandeling vertrekt vanuit volgende probleemstellingen: ‘Welke mogelijkheden zijn er om geïnterneerden door te verwijzen vanuit een forensisch psychiatrische afdeling? Welke moeilijkheden doen zich voor bij het doorverwijzen van geïnterneerden vanuit een forensisch psychiatrische afdeling?’ Hierbij wordt de focus gericht op de voorzieningen binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

In een eerste hoofdstuk hebben we aan de hand van een literatuurstudie geprobeerd de drie centrale begrippen uit de titel te duiden. Vervolgens is, opnieuw door gebruik te maken van literatuurbronnen, inzicht verworven in enkele mogelijkheden en moeilijkheden bij doorverwijzing van een gelijkaardige populatie in Nederland, namelijk de terbeschikkinggestelden. In een derde kwalitatief deel, zijn de resultaten van een reeks semi-structureerde interviews weergegeven. Deze werden afgenomen van mensen werkzaam in verschillende voorzieningen in het veld van de geestelijke gezondheidszorg, alsook van enkele personen op beleidsniveau. Hierbij werd telkens de concrete vraag gesteld naar hun houding tegenover de forensisch psychiatrische afdelingen, en de mogelijkheden en moeilijkheden die ze zelf aangaven op vlak van doorverwijzing van een geïnterneerde uit de FPA's in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek naar hun voorziening.

Een van de kansfactoren om tot succesvolle doorverwijzingen te komen, en in een groter kader een zorgcircuit uit te bouwen, blijkt samenwerking te zijn: de bereidheid tot samenwerken en vertrouwen tussen de voorzieningen onderling, maar zeker ook op vlak van overheidsbeleid. Aandachtspunten voor de doorverwijzing zijn voldoende spreiding, goede informatie-uitwisseling, terugnamegaranties en de integratie van de forensische afdelingen en voorzieningen binnen het bestaande hulpverleningsaanbod. Als pijnpunten komen onder andere naar voor: de chroniciteit van de populatie, de vrees voor het imago, juridische verantwoordelijkheid en gebrek aan actuele informatie.

DANKWOORD

Volgende dankbetuigingen zijn geen verplichting of vanzelfsprekendheid, ze zijn een gemeende uiting van mijn gevoelens. Het doorlopen van de opleiding in de criminologische wetenschappen en het tot stand brengen van deze eindverhandeling is immers niet enkel mijn persoonlijke verdienste.

In de eerste plaats dank ik dan ook mijn ouders die me kansen gegeven hebben en blijven geven mezelf te ontplooien en vooruit te gaan. Hun steun en liefde, alsook die van mijn broer, betekenen meer dan wat ik met woorden kan, of wil, zeggen.

Een oprecht woord van dank gaat uit naar mijn promotor, Prof. J. CASSELMAN, die dit werk in de goede banen leidde en aan de bron ligt van mijn interesse voor de interneringsproblematiek.

De vele personen die wat tijd vrij hebben gemaakt om me te woord te staan of informatie te verstrekken, bedank ik voor hun bereidwilligheid. Hierbij aansluitend richt ik mijn dank tot de begeleiding, therapeuten en patiënten van de forensisch psychiatrische afdelingen in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek, die me inzichten verschaften en een stimulans vormden voor dit schrijven.

Tenslotte wil ik mijn vele vrienden bedanken, ver en dichtbij, die misschien rechtstreeks, maar heel zeker onrechtstreeks een rol hebben gespeeld in het tot stand brengen van wat voor u ligt, mijn eindverhandeling, 'Doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een forensisch psychiatrische afdeling'.

INHOUDSTAFEL

LIJST DER GERBUIKTE AFKORTINGEN	VII
LIJST DER TOEGEVOEGDE BIJLAGEN	XI
INLEIDING	10
<u>HOOFDSTUK 1 HET BEGRIPPENKADER TOEGELICHT</u>	14
<i>1.1 Internering</i>	14
1.1.1 Wettelijk kader	14
1.1.1.1 Onderzoek	16
1.1.1.2 Beslissing	17
1.1.1.3 Uitvoering	17
1.1.2 Statistische gegevens	19
1.1.3 Recente ontwikkelingen	23
1.1.3.1 Initiatieven op vlak van wetgeving	24
1.1.3.2 Penitentiair Onderzoeks- en klinisch Observatiecentrum	26
1.1.3.3 Uitbreiding zorgaanbod	27
<i>1.2 Forensisch Psychiatrische Afdelingen</i>	28
1.2.1 Forensisch Psychiatrische Afdelingen en Eenheden	29
1.2.2 De Forensisch Psychiatrisch Afdeling te Bierbeek	32
<i>1.3 Doorverwijzing</i>	33
1.3.1 Echelonnering als indelingsprincipe	34
1.3.2 Netwerken en zorgcircuits	35
1.3.2.1 Interne versus externe netwerken	37
1.3.2.2 Categorale versus algemene voorzieningen	40
1.3.3 Moeilijkheden bij de opname van geïnterneerden in de algemene psychiatrie	42
<i>1.4 Besluit</i>	45

<u>HOOFDSTUK 2: DOORVERWIJZING VAN TERBESCHIKKINGGESTELDEN VANUIT EEN TBS-KLINIEK</u>		48
2.1	<i>De maatregel</i>	48
2.2	<i>De populatie</i>	51
2.3	<i>Uitstroom uit de TBS-inrichtingen</i>	54
2.3.1	Relatie TBS-inrichtingen en reguliere zorgvoorzieningen	55
2.3.2	Het project ‘Actie-plan Uitstroom TBS’	57
2.3.2.1	Beschikbare vervolgvorzieningen	58
2.3.2.1.1	Regionale instellingen voor Beschermd Wonen	58
2.3.2.1.2	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	59
2.3.2.1.3	Forensisch Psychiatrische Afdeling	59
2.3.2.1.4	Het gezinsvervangend tehuis	60
2.3.2.1.5	Thuisloenzorg	60
2.3.2.2	Andere voorzieningen	60
2.3.2.3	Aanbevelingen	62
2.4	<i>Besluit</i>	62
<u>HOOFDSTUK 3: KWALITATIEF LUIK: DOORVERWIJZING VAN GEÏNTERNEERDEN VANUIT EEN FPA</u>		65
3.1	<i>Werkwijze</i>	65
3.2	<i>Beleidsvisies</i>	69
3.2.1	CBM Leuven	69
3.2.2	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu	70
3.3	<i>Mogelijkheden en moeilijkheden bij de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA te Bierbeek</i>	71
3.3.1	<i>Vierde echelon: Psychiatrisch Verzorgingstehuis Ter Bosch</i>	72
3.3.2	<i>Derde echelon: Openbaar Psychiatrisch Verzorgingstehuis</i>	

	Hotel MIN	73
3.3.3	<i>Derde echelon</i> : Resocialisatie-eenheid UPC Sint-Kamillus Bierbeek	75
3.3.4	<i>Derde echelon</i> : Nakuurhome Papiermoleken	78
3.3.5	<i>Tussenechelon</i> : Psycho-Sociaal Centrum Leuven	81
3.3.6	<i>Tweede echelon</i> : Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost	83
3.3.7	<i>Eerste echelon</i> : VZW Walden	85
3.3.8	<i>Eerste echelon</i> : Dienst Reclassering Centrum Algemeen Welzijnswerk Leuven	88
3.3.9	<i>Nulde echelon</i> : Psychiatrische Thuiszorg Walden	90
3.4	<i>Besluit</i>	92
	SLOTBESCHOUWING	95
	BIBLIOGRAFIE	98

LIJST DER GEBRUIKTE AFKORTINGEN

APZ: algemeen psychiatrisch ziekenhuis

CAW: centrum algemeen welzijnswerk

CBM: commissie tot bescherming van de maatschappij

Cf.: confer

CGG: centrum geestelijke gezondheidszorg

CPT: Europees comité ter preventie van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling

Dhr.: de heer

Dr.: dokter

FOD: federale overheidsdienst

FPA: forensische psychiatrische afdeling

FPA-FPB-FPC: namen van de forensisch psychiatrische afdelingen binnen het universitair psychiatrisch centrum Sint-Kamillus te Bierbeek

FPE: forensische psychiatrische eenheid

GGZ: geestelijke gezondheidszorg

IQ: intelligentiequotiënt

KB: koninklijk besluit

NIS: nationaal instituut voor statistiek

O.a.: onder andere

OCMW: openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn

OPVT: openbaar psychiatrisch verzorgingstehuis

OPZ: openbaar psychiatrisch ziekenhuis

POKO: penitentiair onderzoeks- en klinisch observatiecentrum

PSC: psycho-sociaal centrum

PSD: psychosociale dienst

PVT: psychiatrisch verzorgingstehuis

PZT: psychiatrische thuiszorg

RIAGG: regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg

RIZIV: rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

TBS: terbeschikkingstelling

TBSa: terbeschikkingstelling met aanwijzing

UPC: universitair psychiatrisch centrum

VWS: ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport

VZW: vereniging zonder winstoogmerk

WBM: wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers

LIJST DER TOEGEVOEGDE BIJLAGEN

BIJLAGE I: Interviewleidraad

BIJLAGE II: Lijst van bevroagde personen en instanties in het kader van de verhandeling
'Doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA'

INLEIDING

Internering in België. Het is een oude wonde die moeilijk herstelt. Hoewel we inmiddels de 21^e eeuw zijn binnengetreten, blijven de pijnpunten - rechtspositie van de geïnterneerde, kwaliteit van de psychiatrische deskundigenonderzoeken en mensonwaardige opvang van een groot deel geïnterneerden om er enkele te noemen - legio. Decennialang werden de tekortkomingen en knelpunten met felle kritiek bezaaid. We mogen echter niet wanhopen: verbetering lijkt op komst.

Een belangrijk keerpunt op vlak van internering, was de oprichting van de Commissie Internering in 1996 door de toenmalige Minister van Justitie Stefaan De Clerck. Na twee en een half jaar nuttig werk, legde deze Commissie haar eindrapport, met aanbevelingen, neer. Sindsdien werd in spanning uitgekeken naar beleidsinitiatieven. Deze zijn er inmiddels gekomen: op vlak van wetgeving valt te melden dat twee wetsontwerpen klaar liggen om de oude regelgeving omtrent de beveiligingsmaatregel aan te passen; op vlak van de uitvoering van de maatregel blijkt een eerste aanzet te zijn gegeven voor het realiseren van een specifiek zorgaanbod voor geïnterneerden. Het tot stand brengen van een nieuwe wet kan echter lange tijd duren. De oprichting van verschillende forensisch psychiatrische afdelingen – er zijn enerzijds pilootprojecten opgericht met de steun van Justitie en anderzijds heeft ook Volksgezondheid samen met Sociale Zaken een inspanning geleverd om pilootprojecten op te richten – voor een zogenaamde ‘medium veiligheidsgroep’ geïnterneerden, is dan ook toe te juichen. Deze afdelingen moeten echter in de juiste context geplaatst worden: het zijn afdelingen die weliswaar zorgen voor de opvang van een aanzienlijk aantal geïnterneerden die voordien binnen de muren van een strafinrichting of inrichting van sociaal verweer verbleven, maar ze zijn niet enkel gericht op het uitbreiden van de capaciteit. De geïnterneerden dienen op de afdelingen behandeld te worden, en zowel van Justitie als Volksgezondheid uit, worden doelstellingen als de uitbouw van een zorgcircuit en een zo groot mogelijke doorstroming naar de reguliere psychiatrische zorgverlening geformuleerd.

Dit lijkt echter niet zo evident. Immers in het verleden werd meermaals de vraag gesteld naar opvangmogelijkheden voor geïnterneerden in de reguliere voorzieningen. En de belemmeringen en hindernissen die aangehaald werden zijn talrijk. Vandaar dat het nu reeds is aangewezen stil te staan bij de doorstroming van de geïnterneerden uit de FPA's. Deze

afdelingen mogen niet verworpen tot een nauw aansluitende flessenhals waaruit slechts druppelsgewijs een patiënt kan doorstromen. Teruggrijpend naar de Commissie Internering herinneren we aan het volgende ethische principe: ‘de behandeling moet in principe plaats vinden in een zo min mogelijk restrictieve omgeving (penitentiair, ziekenhuismilieu, ambulante) naargelang de evolutie van de geestestoestand van de geïnterneerde en met inachtneming van de dwingende bescherming van de maatschappij’.¹ Dit maakt eveneens duidelijk dat doorverwijzing, wanneer ze is aangewezen, dient nagestreefd te worden.

In deze verhandeling willen we nagaan *welke mogelijkheden er zijn om geïnterneerden door te verwijzen vanuit een forensisch psychiatrische afdeling, maar ook welke moeilijkheden daarbij opduiken*. Bij de vraag naar de mogelijkheden en moeilijkheden op vlak van doorverwijzing wordt de aandacht toegespitst op de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel in zekere zin ook de inrichtingen ter bescherming van de maatschappij en de psychiatrische annexen daartoe dienen gerekend te worden, worden deze niet verder belicht, immers ze sluiten in eerste instantie aan bij het justitiële gebeuren. De vraag wordt niet gesteld naar de mogelijkheden en moeilijkheden die ontstaan op vlak van doorverwijzing aangaande bijvoorbeeld de behandeling binnen de FPA zelf, of betreffende juridische bepalingen. Binnen het ruime kader van de geestelijke gezondheidszorg wordt gezocht naar factoren die voorzieningen zelf aandragen als zijnde kansen of belemmeringen wanneer het gaat om de vraag naar de doorverwijzing van een geïnterneerde op de FPA. Ten tweede wijzen we er op dat de forensisch psychiatrische afdelingen zich richten tot de doelgroep van de ‘medium veiligheidsgroep’ geïnterneerden. Hoe het zit met de doorverwijsmogelijkheden en –moeilijkheden voor de ‘hoge veiligheidsgroep’ wordt helemaal niet aangeraakt. De ‘lage veiligheidsgroep’ geïnterneerden wordt wel onder de loep genomen, daar zij vóór de komst van de FPA’s reeds konden worden opgenomen in reguliere voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar deze vragen tot doorverwijzing ook tot moeilijkheden leiden. Een derde beperking houdt in dat de blik gericht wordt op de situatie van de geïnterneerden in Vlaanderen, daar enkel in het noorden van ons land (en Brussel) FPA’s zijn opgericht.

¹ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *Commissie internering: voor de herziening van de wet tot bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964: eindverslag*, Brussel, Ministerie van justitie, 1999, 74.

Het doel van de vraagstelling is enig inzicht te verwerven in de kansen en problemen die zich aanbieden wanneer het gaat om de doorstroming van de zogenaamde ‘medium veiligheidsgroep’ geïnterneerden uit een FPA naar reguliere voorzieningen in de GGZ. Op die manier wensen we enkele tekortkomingen op te sporen waar in de toekomst iets kan aan gedaan worden, alsook een aantal mogelijkheden aan te reiken, die kunnen verhinderen dat de FPA’s slechts druppelsgewijs geïnterneerden kunnen doorverwijzen. Het is niet de bedoeling een volledig overzicht te geven van alle mogelijkheden tot en moeilijkheden bij doorverwijzing van geïnterneerden uit een FPA.

Om een antwoord op de bovenvermelde probleemstelling te formuleren hebben we ons in eerste instantie toegelegd op een literatuurstudie. Een tweede grote bron van informatie waren de verscheidene interviews die werden afgenomen, zowel met vertegenwoordigers van GGZ-voorzieningen, als met betrokkenen op vlak van beleid.² Immers het gaat om vrij recent opgerichte afdelingen en onderzoek of literatuur naar de doorstroming vanuit deze forensische afdelingen in Vlaanderen is dan ook nog niet beschikbaar. Ook bepaalde ervaringen opgedaan tijdens de stageperiode op de forensisch psychiatrische afdelingen FPA en FPC in het universitair psychiatrisch centrum Sint-Kamillus zijn waardevol gebleken.

In een eerste hoofdstuk wordt stil gestaan bij de drie kernbegrippen uit de titel: *internering*, forensisch psychiatrische afdelingen en doorverwijzing. Het luik over internering vangt aan met een verduidelijking van het wettelijk kader. Daarna wordt stilgestaan bij enkele statistische gegevens, waardoor we een beter zicht krijgen op de geïnterneerdenpopulatie. In een laatste punt gaan we in op enkele recente evoluties op vlak van internering. Het tweede luik over de *forensisch psychiatrische afdelingen* geeft een zicht op de verschillende pilootprojecten in hun totaliteit en staat kort stil bij een daarvan: het pilootproject in het kader van Justitie, opgericht in het universitair psychiatrisch centrum Sint-Kamillus te Bierbeek. Het laatste luik van het eerste hoofdstuk betreft de *doorverwijzing*. We verduidelijken kort het begrip om dan het veld van de GGZ onder loep te nemen aan de hand van het indelingssysteem ‘echelonnering’. Daarnaast beschouwen we de ontwikkeling van netwerken en zorgcircuits als werkwijze voor de toekomst en we duiden enkele moeilijkheden die in het

² In bijlage is een volledige lijst weergegeven van de bevraagde instanties en personen, in het kader van dit eindwerk.

verleden reeds zijn opgedoken bij de doorverwijzing van geïnterneerden naar een belangrijke speler binnen de GGZ: de algemeen psychiatrische ziekenhuizen. Tot afsluiting van het eerste hoofdstuk volgt een besluit.

Het tweede hoofdstuk verlegt de focus naar de noorderburen. Immers men hanteert er een gelijkaardig systeem voor de bejegening van daders van misdrijven die ontoerekenbaar worden bevonden: de terbeschikkingstelling. Bovendien kent Nederland een langere traditie op vlak van het behandelen van deze terbeschikkinggestelden. Het leek dan ook waardevol na te gaan welke mogelijkheden en moeilijkheden men daar ondervindt wanneer de vraag naar doorverwijzing van een TBS-gestelde naar de reguliere voorzieningen zich stelt. Daar we echter de verschillen in het Belgische en Nederlandse systeem niet mogen negeren, staan we eerst kort stil bij de *TBS-maatregel* en de desbetreffende *populatie*. Vervolgens komt de *doorverwijzing van terbeschikkinggestelden uit een TBS-kliniek* aan bod en gaan we in op de mogelijkheden en moeilijkheden die zich hierbij aanbieden. Opnieuw ronden we het geheel af met een besluit.

In het derde en laatste hoofdstuk brengen we de aandacht terug op de situatie in Vlaanderen en beschouwen de mogelijkheden en moeilijkheden bij doorverwijzing vanuit één specifieke FPA, namelijk het pilootproject opgericht door Justitie in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. In een eerste luik wordt ingegaan op enkele *methodologische aspecten*: zowel de motivatie voor de selectie van de FPA, als de selectie van de te interviewen voorzieningen, als de beperkingen en problemen die met deze verkennende vragenronde gepaard gingen, komen aan bod. Vervolgens richten we de aandacht kort op enkele *beleidsvisies* en gaan dan over tot de systematische bespreking van de *mogelijkheden en moeilijkheden bij de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA te Bierbeek*. Na een korte voorstelling van de dienst of instelling, komt de houding tegenover geïnterneerden en de forensisch psychiatrische afdelingen aan bod. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een besluit.

Een slotbeschouwing met kritische ondertoon rondt deze verhandeling af.

HOOFDSTUK 1 HET BEGRIPPENKADER TOEGELICHT

1.1 Internering

Daar de geïnterneerdenpopulatie centraal staat in dit eindwerk, althans een deel ervan, staan we stil bij het wettelijk kader omtrent deze maatregel. Vervolgens gaan we in op enkele beschikbare statistische gegevens. Aangezien er de laatste jaren wel wat in beweging is op vlak van internering schetsen we de belangrijkste recente ontwikkelingen.

1.1.1 Wettelijk kader

Internering is een beveiligingsmaatregel van onbepaalde duur die kan opgelegd worden door een rechtbank op basis van de Wet tot Bescherming van de Maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers van 1 juli 1964 (WBM), die de gelijknamige wet uit 1930 heeft vervangen.³ Dit is de gewone internering. Daarnaast, kan de Minister van Justitie een administratieve internering bevelen ten aanzien van veroordeelde gedetineerden.⁴

Het gaat om een maatregel van sociaal verweer met curatieve doeleinden voor de geïnterneerde. Enerzijds is er de beveiligingsgedachte: men wil de maatschappij beschermen door te voorkomen dat de geestesgestoorde delinquent nog verder schade berokkent en/of slachtoffers maakt. Anderzijds is er de behandelingsidee: een geïnterneerde wordt ontoerekenbaar verklaard en als een zieke beschouwd. Hij of zij heeft het recht behandeld te worden. Door middel van de maatregel krijgt deze behandeling een juridisch afdwingbaar karakter.

De voorwaarden die moeten vervuld zijn, wil men de interneringsmaatregel opleggen luiden⁵:

1) een bewezen wanbedrijf of misdaad: enkel feiten waarop een correctionele of criminele strafmaat staat, kunnen leiden tot de interneringsmaatregel. Overtredingen en

³ Wet 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers, *B.S.*, 17 juli 1964.

⁴ Art. 21 WBM.

⁵ J. CASSELMAN, "Internering: huidige situatie" in J. CASSELMAN en P. COSYNS (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 39-42.

gecontraventionaliseerde wanbedrijven kunnen dat op basis van de WBM niet.⁶ Het moet tevens bewezen zijn dat de verdachte de materiële dader is van de ten laste gelegde feiten.

2) ontoerekenbaarheid als gevolg van hetzij een staat van krankzinnigheid hetzij een ernstige staat van geestesstoornis of zwakzinnigheid, die betrokkene ongeschikt maakt tot het controleren van zijn daden: deze voorwaarde gaat terug op de basisvereiste van schuld, het moreel bestanddeel van een misdrijf. Wanneer de schuldvereiste niet is vervuld, kan er geen sprake zijn van een misdrijf.

Ontoerekenbaarheid kan het gevolg zijn van:

- *Krankzinnigheid*: deze verouderde term verwijst in de praktijk naar de meest uitgesproken psychiatrische stoornissen (psychotische syndromen, ernstige stemmingsstoornissen enzovoort).
- *Ernstige staat van zwakzinnigheid*: de term zwakzinnigheid vindt men in psychiatrische classificaties terug. De juridische betekenis ervan is hier echter niet identiek aan. De ernstige staat van zwakzinnigheid zoals in de WBM slaat niet enkel op het IQ, maar ook op het sociaal functioneren en/of gedrag.
- *Ernstige staat van geestesstoornis*: dit begrip is het moeilijkst te definiëren. Het gaat om ernstige psychiatrische stoornissen, andere dan ‘krankzinnigheid’ of ‘ernstige zwakzinnigheid’, die leiden tot abnormaal agressief gedrag of ernstig onverantwoordelijk gedrag.

De loutere aanwezigheid van een stoornis zoals hierboven vermeld, is niet voldoende om de interneringsmaatregel op te leggen. Ze moet tot gevolg hebben dat de verdachte niet in staat is zijn of haar daden te controleren. Bovendien is de ontoerekenbaarheid vereist op het moment van de berechting.

3) een staat van sociale gevaarlijkheid: deze voorwaarde is niet in de WBM vermeld, maar werd ontwikkeld door de rechtspraak. De betekenis ervan is niet eenduidig. Voor het gerecht betekent sociale gevaarlijkheid het plegen van misdrijven (recidive). Voor de psychiatrie betekent het de graad van waarschijnlijkheid van fysiek geweld in verband met een psychiatrische stoornis. Situationele elementen worden hierbij meer in rekening gebracht.

⁶ Art. 71 Sw. geldt echter ook voor overtredingen: ‘Er is geen misdrijf, wanneer de beschuldigde of de beklaagde op het ogenblik van het feit in staat van krankzinnigheid was of wanneer hij gedwongen werd door een macht die hij niet heeft kunnen weerstaan.’

We onderscheiden drie fasen in de interneringsprocedure: het onderzoek, de beslissing en de uitvoering.

1.1.1.1 Onderzoek

Wanneer er gronden zijn om aan te nemen dat een verdachte van strafbaar gesteld gedrag zich in één van de staten, vermeld in art. 1 WBM⁷ bevindt, kan de onderzoeksrechter in de fase van het gerechtelijk vooronderzoek een psychiater als deskundige aanstellen. Ook de Procureur des Konings of de vonnisgerechten kunnen dit.⁸ Wanneer een psychiater als deskundige wordt aangesteld, dient zijn onderzoek een antwoord te geven op volgende vragen⁹:

- of verdachte op het ogenblik van de feiten ten zijne of hare laste gelegd, verkeerde in een staat van krankzinnigheid, hetzij in een ernstige staat van geestesstoornis of van zwakzinnigheid, die hem/haar ongeschikt maakte tot het controleren van zijn/haar daden;
- of hij/zij thans nog in een van deze staten verkeert;
- of de staat van verdachte thans van aard is gevaar op te leveren voor hem/haar zelf of voor de maatschappij.

Eventueel kunnen bijkomende vragen gesteld worden. Belangrijk om te benadrukken is dat het verslag van de psychiater-deskundige slechts een advies vormt en geenszins bindend is voor de rechter bij het nemen van zijn beslissing. Het psychiatrisch deskundigenonderzoek is niet verplicht om over te kunnen gaan tot het opleggen van de interneringsmaatregel.¹⁰

De wet voorziet krachtens art. 1-6 WBM in de mogelijkheid over te gaan tot de inobservatiestelling van de verdachte. Deze kan in elke fase van het gerechtelijk onderzoek gestart worden. Het gaat om een maatregel die de meest gunstige materiële voorwaarden creëert voor het geestesonderzoek. De inobservatiestelling gebeurt in de psychiatrische annex van een strafinrichting en duurt hoogstens één maand, mits eventuele verlengingen van telkens

⁷ Art. 1 WBM: “Wanneer er gronden zijn..., hetzij in staat van krankzinnigheid, hetzij in een ernstige staat van geestesstoornis of van zwakzinnigheid die hem ongeschikt maakt tot het controleren van zijn daden, ...”

⁸ J. CASSELMAN, “Internering: huidige situatie” in J. CASSELMAN en P. COSYNS (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 42-43.

⁹ P. COSYNS, “Psychiatrisch deskundigenonderzoek in strafzaken”, in P. COSYNS en J. CASSELMAN (eds.), *Gerechtelijke psychiatrie*, Leuven, Garant, 1999, 46.

¹⁰ *Ibid.*, 70.

één maand. Tegen de beslissing over te gaan tot inobservatiestelling of verlenging hiervan kan hoger beroep worden aangetekend.¹¹

Door een gebrek aan personeel en infrastructuur wordt er echter zelden gebruik gemaakt van deze maatregel.

1.1.1.2 Beslissing

De beslissing tot internering over te gaan behoort in de eerste plaats toe aan de rechtbank (zowel onderzoeksgerecht als vonnisgerecht) en wordt genomen indien de verdachte op het ogenblik van de feiten en op het ogenblik van de berechting niet toerekenbaar wordt geacht. Dezelfde beslissing geldt indien de verdachte op het ogenblik van de feiten toerekenbaar wordt geacht, maar op het moment van de berechting ontoerekenbaar wordt beschouwd. In beide gevallen kan de verdachte, maar ook het parket tegen de uitspraak in hoger beroep gaan.¹²

Ook in geval de Minister van Justitie krachtens art. 21 WBM beslist over te gaan tot een administratieve internering en aldus een veroordeelde tijdens zijn detentie laat interneren, moet aan de hoger vermelde voorwaarden voldaan zijn. Deze beslissing wordt genomen op eensluidend advies van de CBM.¹³

1.1.1.3 Uitvoering

Na de beslissing tot internering wordt de geïnterneerde verwezen naar een Commissie tot Bescherming van de Maatschappij, die zal bepalen hoe de maatregel wordt uitgevoerd. Momenteel zijn er in ons land acht CBM's en een hoge CBM die functioneert als beroepscommissie. Elke CBM is bevoegd voor een bepaald gebied en is samengesteld uit: een werkend of een eremagistraat die voorzitter is, een advocaat en een geneesheer. Ze komt een- tot tweemaal per maand bijeen. Aan deze zittingen neemt ook de Procureur des Konings deel. Hij kan enkel een advies formuleren en is niet bevoegd beslissingen te nemen. De directeur van de gevangenis waar de CBM zetelt en vertegenwoordigers van de reclasserings- en

¹¹ J. GOETHALS, *Abnormaal en delinkwent: de geschiedenis van het actueel functioneren van de wet tot bescherming van de maatschappij*, Antwerpen, Kluwer, 1991, 162-166.

¹² J. CASSELMAN, "Internering: huidige situatie" in J. CASSELMAN en P. COSYNS (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 45.

¹³ Art. 21 WBM.

voogddiensten die door de minister van Justitie erkend zijn, wonen eveneens de zittingen bij. Ze hebben echter niet het recht om mee te beslissen.¹⁴

De geïnterneerde verschijnt voor het eerst voor de CBM enige tijd na de uitspraak tot internering en kan daarna om de zes maanden terug verschijnen met de vraag tot invrijheidstelling. Verwijzingen naar een residentiële privé-instelling of een ambulante behandeling gaan gepaard met een invrijheidsstelling op proef. Bij een beslissing betreffende invrijheidstelling is rechtsbijstand verplicht.¹⁵ Sinds de wet van 10 februari 1998 is het voor de geïnterneerde mogelijk om via zijn advocaat beroep aan te tekenen tegen afwijzing van de vraag tot invrijheidstelling door de CBM.¹⁶ Voorheen stond enkel de mogelijkheid tot cassatieberoep open.

De internering vindt plaats in een inrichting aangewezen door de CBM. Deze wordt gekozen uit de inrichtingen georganiseerd door de regering.¹⁷ Feit is echter dat de overheid nooit specifieke residentiële voorzieningen voor de begeleiding van geïnterneerden heeft georganiseerd. De residentiële rijksinstellingen (instellingen en afdelingen voor het sociaal verweer en de psychiatrische annexen) vangen weliswaar de geïnterneerden op, maar ook daar is nauwelijks therapeutisch personeel beschikbaar. Om therapeutische redenen en bij speciaal met redenen omklede beslissing, kan de CBM ook de plaatsing en bewaring gelasten in 'een inrichting die daarvoor geschikt is uit het oogpunt van veiligheid en verzorging'.¹⁸ Door middel van deze beslissing kan een geïnterneerde naar een residentiële privé-instelling worden verwezen, bijvoorbeeld het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek. Ook een verwijzing naar een ambulante voorziening voor verdere begeleiding is een mogelijkheid.¹⁹ Straks gaan we dieper in op enkele moeilijkheden bij de verwijzing van geïnterneerden naar de reguliere psychiatrie.

¹⁴ J. CASSELMAN, "Internering: huidige situatie" in J. CASSELMAN en P. COSYNS (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 46-50.

¹⁵ *Ibid.*, 50.

¹⁶ Wet 10 februari 1998 tot wijziging van de wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en de gewoontemisdadigers teneinde de advocaat van de geïnterneerde het recht toe te kennen beroep in te stellen tegen de beslissing van de commissie tot bescherming van de maatschappij die een verzoek om invrijheidstelling afwijst, *B.S.* 18 maart 1998.

¹⁷ Art. 14 WBM

¹⁸ Art. 14 WBM

¹⁹ J. CASSELMAN, "Internering: huidige situatie" in J. CASSELMAN en P. COSYNS (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 50.

1.1.2 Statistische gegevens

Het gebrek aan, op een wetenschappelijke manier verzamelde gegevens omtrent internering en de personen die deze maatregel krijgen opgelegd, kan niet worden ontkend.²⁰ Wel vinden we een aantal gegevens en cijfermateriaal terug betreffende de maatregel en kenmerken van de geïnterneerdenpopulatie. Deze lichten we nader toe. Toch maken we volgende kanttekeningen: weinig onderzoeken richtten zich op de volledige geïnterneerdenpopulatie, waardoor men enkel over een deel van de geïnterneerden kan spreken. Daar komt bij dat de focus altijd beperkt blijft tot bepaalde aspecten van de geïnterneerde of het geïnterneerd zijn. Zo gaan bepaalde onderzoeken bijvoorbeeld wel in op een aantal persoons- en delictkenmerken, maar berichten deze niet over de psychiatrische diagnosestellingen.²¹ Er kan dan ook bezwaarlijk gesproken worden van enig volledig statistisch onderzoek naar de gerechtelijke maatregel of zij die eraan onderworpen worden.

a) Onderzoek naar de geïnterneerden ressorterend onder acht CBM's

Het eindrapport van de Commissie Internering baseert zich wat betreft de gerechtelijke beslissingen, op de gegevens verzameld door het Nationaal Instituut voor Statistiek en het Statistisch Steunpunt van de Dienst Strafrechtelijk Beleid van het Ministerie van Justitie.²² Deze laatste dienst had op het moment van het eindrapport echter enkel de dossiers uit 1994 verwerkt. Wat betreft de verblijfplaats van de geïnterneerden en de spreiding tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel, wordt vertrokken van 2 peildata: 31 oktober 1995 en 15 januari 1998.

Allereerst blijkt dat rechtbanken en hoven in België betrekkelijk weinig interneren, hoewel er een lichte stijging merkbaar is wanneer men de fragmentarische gegevens van het NIS naast elkaar legt en ook met de huidige cijfers vergelijkt. Zo werden er in 1991 239 personen geïnterneerd terwijl dat er in 1994 reeds 315 waren. In 1999 zou het, op basis van het eindrapport van de Commissie, om 380 interneringen gaan. Het leeuwendeel (83%) van zij die in 1994 geïnterneerd werden, zijn tussen de 18 en 45 jaar oud. Ruim 48% kreeg de maatregel opgelegd in een rechtsgebied van een Vlaams Hof van Beroep. Ook op basis van de gegevens

²⁰ H. HEIMANS, "Is er nog hoop voor geïnterneerden?", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 11.

²¹ S. DE VUYSERE, "[De Commissies ter Bescherming van de Maatschappij van Antwerpen, Gent en Leuven: een vergelijking van de geïnterneerdenpopulatie]", *Panopticon*, 2003, in druk.

²² MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 28.

verzameld over werking van de CBM's, blijkt dat bijna de helft van de geïnterneerden ressorteert onder de bevoegdheid van een Vlaamse Commissie.²³ Wat betreft de aard van de misdrijven naar aanleiding waarvan de maatregel in 1994 werd opgelegd, blijken dit vooral diefstallen (40%), zedenfeiten (24%) en in mindere mate ook slagen en doodslagen (20%) te zijn. In 7% van de gevallen is brandstichting het gepleegde misdrijf. Hierbij moet opgemerkt worden dat meerdere misdrijven tot één enkele interneringsbeslissing kunnen aanleiding geven.²⁴

Bij het vergelijken van de gegevens van 1995 en 1998 blijkt dat de totale populatie geïnterneerden is toegenomen. Daar waar het op 3 oktober 1995 om 2626 personen ging, is dit aantal opgelopen tot 2953 op 15 januari 1998.²⁵ Op 31 december 2001 blijken 3146 personen geïnterneerd te zijn.²⁶ Ongeveer een derde van hen verblijft op het moment van de onderzoeken in 1995 en 1998 in een instelling van de overheid.²⁷ Dit kan een psychiatrische annex van een strafinrichting zijn of een instelling (Paifve) of afdeling tot bescherming van de maatschappij (bijvoorbeeld Merksplas) ressorterend onder het Ministerie van Justitie of nog, een instelling tot bescherming van de maatschappij die afhangt van het Waalse gewest (Les Marroniers in Doornik). Het aantal geïnterneerden verblijvend in een overheidsinstelling neemt toe wanneer we de cijfers van 1995 en 1998 naast elkaar leggen. Procentueel stijgt dit van 36% tot ruim 41%. Verder neemt het aantal geïnterneerden vrij op proef in absolute cijfers toe (van 1453 naar 1602), maar procentueel stellen we een afname vast (van ruim 59% naar ongeveer 54%). Binnen deze groep verblijven steeds meer geïnterneerden in een private psychiatrische inrichting (stijging van ongeveer 21% tot ongeveer 31%).²⁸ Waar de andere geïnterneerden uit de categorie 'vrij op proef' gesitueerd dienen te worden, laat de Commissie in het midden. Ze maakt enkel het onderscheid tussen diegenen die vrij op proef zijn met verzorgingsplicht in een private psychiatrische instelling en de rest.²⁹ We kunnen echter

²³ Op 31 oktober 1995 gaat het om 44,4% en op 15 januari 1998 om 48,5% van de toenmalige geïnterneerdenpopulatie die onder de bevoegdheid van een Vlaamse Commissie viel.

²⁴ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 22-29.

²⁵ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 24-25.

²⁶ VANDEMEULEBROEKE, O., VANDENBROUCKE, M en VERHAEGHE, P., *Wet tot bescherming van de maatschappij en de bejegening van psychisch gestoorde delinquenten in België/ Loi de défense sociale et traitement et guidance des délinquants avec un trouble mental en Belgique*, onuitg., 2001, 40.

²⁷ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 28.

²⁸ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 24-29.

²⁹ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 28.

veronderstellen dat het bij deze restgroep ‘vrij op proef’ om geïnterneerden gaat die enige vorm van ambulante behandeling of begeleiding krijgen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht.

Tabel 1.1 Aantal geïnterneerden in België

	31 oktober 1995		15 januari 1998	
	N	%	N	%
Overheidsinstelling	954	36,4	1221	41,4
Private instelling	328	12,5	505	17,1
Vrij op proef	1125	46,6	1097	37,1
Op te sporen	119	4,5	130	4,4
Totaal	2626	100	2953	100

Naar: MINISTERIE VAN JUSTITIE, *Commissie internering: voor de herziening van de wet tot bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964: eindverslag*, Brussel, Ministerie van justitie, 1999, 24-25.

b) Onderzoek naar de geïnterneerden ressorterend onder de drie eentalig Vlaamse CBM's

Daar de situatie enigszins verschillend is in het noorden en het zuiden van het land en we ons verdiepen op de doorverwijzing van geïnterneerden in Vlaanderen, meer bepaald een FPA te Bierbeek, staan we stil bij enkele statistische gegevens uit het noordelijke landsgedeelte. De meest recente studie betreffende internering in Vlaanderen werd uitgevoerd door DE VUYSERE en geeft een dwarsdoorsnede van de geïnterneerdenpopulatie in Vlaanderen op 12 juli 2001.³⁰ Hiervoor werden de hangende dossiers van de eentalig Vlaamse CBM's onderzocht, te weten CBM Antwerpen, CBM Gent en CBM Leuven.³¹

Op bovenvermelde datum stonden 1435 personen onder het toezicht van de CBM te Antwerpen, Gent en Leuven. De CBM te Antwerpen bleek duidelijk de grootste in Vlaanderen: zij had 839 geïnterneerden onder haar hoede, tegenover 553 geïnterneerden onder bevoegdheid van de CBM Gent en 152 onder die van de CBM Leuven.³² Iets meer dan 6% van de onderzoeksgroep was vrouw. De gemiddelde leeftijd bij oplegging van de maatregel bleek 34 jaar te zijn. Het maken van een onderscheid tussen mannen en vrouwen heeft weinig invloed op deze factor. De studie toonde verder aan dat bij de betreffende onderzoekspopulatie

³⁰ S. DE VUYSERE, *l.c.*, in druk.

³¹ Hiermee worden alle dossiers bedoeld die op het moment van het onderzoek ressorteerden over bovenvermelde CBM's.

³² Over één persoon bleek te weinig informatie voor handen, waardoor deze niet verder in het onderzoek werd opgenomen.

de gemiddelde interneringsduur op 7 jaar kan geschat worden.³³ Wanneer gekeken wordt naar de delicten die voor de onderzoeksgroep aanleiding hadden gegeven tot het opleggen van de interneringsmaatregel, bleken dit in de eerste plaats levens -en geweldsdelicten (31%) te zijn, gevolgd door seksuele delicten (29%) en vermogensdelicten (27%). Bij iets meer dan 8% van de geïnterneerden, vormde een branddelict de aanleiding.³⁴

Ongeveer een derde van de totale onderzoekspopulatie (31%) bleek op het moment van onderzoek binnen de muren van een strafinrichting te verblijven (instelling of afdeling ter bescherming van de maatschappij of psychiatrische annex). Een kleiner aantal verbleef in een residentiële voorziening (29%): een psychiatrisch ziekenhuis, therapeutische gemeenschap, beschut wonen of een andere residentiële voorziening. De meerderheid (33%) bleek 'buiten' enige instelling terug te vinden en werd ambulante opgevolgd. Deze resultaten wijken enigszins af van de bevindingen door de Commissie Internering betreffende de Vlaamse CBM's.³⁵ Als belangrijkste verschuivingen wijzen we op de verdere daling van het aantal geïnterneerden vrij op proef, mits ambulante begeleiding of behandeling: een daling van 45% op 31 oktober 1995 tot 40% op 15 januari 1998 en zelfs tot 33% in 2001. Daartegenover staat een toename in de laatste drie jaar van het aantal geïnterneerden vrij op proef, maar opgenomen in een residentiële voorziening: een stijging van 18% naar 29%.³⁶

c) Onderzoek naar de psychiatrische diagnosestelling

Systematische studies naar het formele ziektebeeld van geïnterneerden worden door de CBM's niet gegeven.³⁷ In de loop van de jaren hebben echter enkele onderzoeken plaatsgevonden met de vraag naar de diagnosestelling van geïnterneerden. In de eerste plaats wijzen we op een studie over de totale geïnterneerdenpopulatie van de CBM Leuven op 1 januari 1990.³⁸ Het betreft 117 mensen. Dit onderzoek toonde aan dat de meest voorkomende hoofddiagnose bij

³³ Deze uitspraak is niet helemaal correct, daar dit onderzoek geen zicht geeft op de interneringsduur van diegenen bij wie de beveiligingsmaatregel is opgegeven. Het gaat dus eerder om een gemiddelde van de niet beëindigde interneringen op het moment van onderzoek.

³⁴ S. DE VUYSERE, *l.c.*, in druk

³⁵ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 24-25.

³⁶ Bij het vergelijken van statistisch materiaal bekomen uit diverse bronnen dient echter de nodige voorzichtigheid aan de dag gelegd worden.

³⁷ M. VANDENBROUCKE, "Vraag naar de diagnose van de geïnterneerde in België", in J. CASSELMAN en P. COSYNS (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 66.

³⁸ M. VANDENBROUCKE, "Vraag naar de diagnose van de geïnterneerde in België", in J. CASSELMAN en P. COSYNS (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 67-71.

geïnterneerden volgens de DSM-III R criteria³⁹ tot de cluster der persoonlijkheidsstoornissen hoort (52%). Hierbij gaat het dan vooral om de antisociale persoonlijkheidsstoornissen (30%). 24% van de onderzoeksgroep bleek te lijden aan psychotische stoornissen. Bij ruim 16% werd zwakbegaafdheid als hoofddiagnose vastgesteld.

In de tweede plaats staan we stil bij een studie⁴⁰ naar de hoofddiagnose bij een deel van de geïnterneerden ressorterend onder de CBM Antwerpen. Deze werd uitgevoerd door de Koning Boudewijn Stichting in 1994 en omvat een onderzoeksgroep van 206 geïnterneerden verblijvend in het sociaal verweer. Het onderzoek toonde aan dat 44% van de onderzoeksgroep leed aan een persoonlijkheidsstoornis, op basis van de DSM-III-R criteria. Binnen deze groep kwam de antisociale persoonlijkheidsstoornis opnieuw het vaakst voor. 18% van de onderzoeksgroep bleek zwakbegaafd en bij 13% van hen werd psychotische stoornissen als hoofddiagnose weerhouden.

Een belangrijke bemerking bij deze resultaten is dat in de bovenvermelde onderzoeken gepeild werd naar de hoofddiagnoses. Dit betekent dat secundaire stoornissen niet in rekening zijn gebracht. Op die manier ontstaat een enigszins vertekend beeld, daar bij geïnterneerden de psychiatrische werkelijkheid gekenmerkt wordt door co-morbiditeit. Zo worden bijvoorbeeld afhankelijkheidsstoornissen slechts zelden als hoofddiagnose gesteld, maar ze vormen vaak een belangrijke secundaire problematiek.

1.1.3 Recente ontwikkelingen

De laatste jaren beweegt er wat op het vlak van internering. De instelling van een Commissie Internering, met als opdracht een 'toekomstvisie te ontwikkelen met betrekking tot de WBM, een inventaris op te maken van de juridische en praktische problemen met betrekking tot deze wet en voorstellen uit te werken om de doeltreffendheid van de wetgeving en van de opvolging van de internering te verbeteren', kan hierbij als breekpunt worden beschouwd.⁴¹ Een bespreking van alle vaststellingen en aanbevelingen in haar eindrapport, zou echter te ver leiden. We beperken ons tot het volgende: de Commissie stelt voor dat de overheid een aantal

³⁹ De DSM-III R is een classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen voorgesteld door de American Psychiatric Association.

⁴⁰ P. COSYNS, C. DILLEN e.a., "Behandelingsmogelijkheden van geïnterneerden in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen", in F. LAMPAERT (ed.), *Gevangenis en samenleving II*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1994, 85-91.

⁴¹ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 120p.

regionale netwerken van gespecialiseerde voorzieningen voor geïnterneerden zou mogelijk maken. Hierbij wordt gedacht aan een tweesporenbeleid, wat een gezamenlijke inspanning vanwege de Ministeries van Volksgezondheid, Sociale Zaken (en Welzijn) enerzijds en Justitie anderzijds weerspiegelt. Een dergelijk overheidsbeleid blijkt in de meeste landen waar de gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg vrij goed functioneert, aanwezig. In dit tweesporenbeleid zou behandeling en begeleiding de hoofdverantwoordelijkheid zijn van Volksgezondheid en Welzijn, terwijl Justitie bevoegd zou blijven voor de sociale controle en de bescherming van de maatschappij. De geïnterneerde zou bij voorkeur onder het RIZIV-stelsel vallen wat betreft de basiskost, en de meerkost zou gesubsidieerd moeten worden door Justitie. Een van de belangrijkste missing links in het specifiek zorgaanbod voor geïnterneerden tenslotte bleken enkele forensisch psychiatrische afdelingen.⁴² Sindsdien werden zowel op wetgevend vlak, als op vlak van de bejegening van geïnterneerden initiatieven genomen.

1.1.3.1 Initiatieven op vlak van wetgeving

In de nasleep van de Commissie Internering vroeg de toenmalige Minister van Justitie aan Dhr. VANDEMEULEBROUCKE om de aanbevelingen van deze Commissie, voor zover die de wet op het sociaal verweer betroffen, op te nemen in een nieuw voorontwerp van wet. In de loop van april 2001 werd de ontwerptekst *Voorontwerp van wet betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis* aan de minister overhandigd.⁴³ Dit werkstuk werd vervolgens herwerkt en resulteerde in twee voorontwerpen van wet die werden voorgelegd aan de Raad van State voor advies. Deze laatste heeft inmiddels haar advies uitgebracht, en de twee wetsontwerpen⁴⁴ wachten momenteel op goedkeuring door de Kamer van Volksvertegenwoordigers. Zonder volledigheid na te streven overlopen we enkele belangrijke wijzigingen.

⁴² J. CASSELMAN, "Recente ontwikkelingen in verband met de opvang van geïnterneerden in Vlaanderen", in X., (ed.), *Actuele thema's uit de criminologie*, Leuven, Universitaire Pers, 2003, in druk.

⁴³ P. BOLLEN, "Van vrijblijvende reflectie tot concrete actie. Recentе beleidsinitiatieven tegen de verwaarlozing van geïnterneerden", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 26.

⁴⁴ Wetsontwerp betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis, *Parl. St.* Kamer 2002-2003, nr. 2452/001 en Wetsontwerp tot wijziging van de wetten betreffende voorwaardelijke invrijheidsstelling en tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *Parl. St.* Kamer 2002-2003, 2453/001.

In de eerste plaats wordt meer duidelijkheid gecreëerd omtrent de ‘observatie’ van geïnterneerden. Deze mag maximaal vier maanden duren. De mogelijkheid wordt voorzien om een multidisciplinair of residentieel, al dan niet collegiaal deskundigenonderzoek te gelasten. Het deskundigenonderzoek is van psychiatrische aard.⁴⁵ Eventueel gebruik van het POKO⁴⁶ voor deze opdrachten wordt expliciet vermeld. De opdracht van de deskundige wordt duidelijk omschreven. De termen ‘krankzinnigheid, ernstige staat van geestesstoornis en zwakzinnigheid’ uit de bestaande WBM zijn vervangen door het begrip ‘geestesstoornis’. Verder wordt de vraag gesteld of de geestesstoornis het oordeelsvermogen van de betrokkene of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of ernstig heeft aangetast. Er wordt bijgevolg een gradatie van toerekenbaarheid voorzien. Tevens dient de deskundige het oorzakelijk verband tussen de geestesstoornis en de gepleegde feiten na te gaan, alsook een advies te geven over de aangewezen behandelings- of begeleidingsmaatregelen. De vraag naar maatschappelijk gevaar wordt expliciet in de wet opgenomen. Vooraleer de rechter kan overgaan tot het opleggen van de interneringsmaatregel, moet volgens bovenvermeld wetsontwerp verplicht een deskundigenonderzoek hebben plaatsgevonden.⁴⁷

Een andere belangrijke vernieuwing is de omvorming en samensmelting van de CBM’s, samen met de Commissies voor de voorwaardelijke invrijheidsstelling tot Commissies voor de voorwaardelijke invrijheidsstelling van veroordeelde gedetineerden en de opvolging van geïnterneerden (hierna verkort Commissie). Deze zullen afhankelijk van het feit of het om een gedetineerde, dan wel een geïnterneerde gaat, samengesteld zijn uit respectievelijk een werkend rechter van de rechtbank van eerste aanleg, een assessor strafuitvoering en een assessor sociale reïntegratie ofwel een werkend rechter van de rechtbank van eerste aanleg, een psychiater en een assessor sociale reïntegratie. De advocaat die op dit moment nog deel uitmaakt van de CBM’s wordt bijgevolg vervangen. Zoals de huidige CBM, zal de Commissie zetelen in de instelling tot bescherming van de maatschappij of afdeling tot bescherming van de maatschappij van een gevangenis waar de geïnterneerde verblijft. Ingeval de omstandigheden het verantwoorden kan zij zetelen in een erkende psychiatrische dienst. De Hoge Commissie voor de opvolging van geïnterneerden

⁴⁵ En wordt dus op zijn minst door een psychiater uitgevoerd. Dit verhindert niet dat ook andere disciplines bij het onderzoek worden betrokken.

⁴⁶ Zie 1.1.3.2

⁴⁷ Art. 6, Wetsontwerp betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis, *Parl. St. Kamer* 2002-2003, nr. 2452/001.

zal bestaan uit een werkend raadsheer in het Hof van Beroep, als voorzitter, een psychiater en een assessor sociale reïntegratie. Het wetsontwerp voorziet dat de uitvoering van de maatregel niet meer enkel bij uitzondering kan plaatsvinden in een erkende psychiatrische voorziening, doch dat gekozen moet worden in het belang van de geïnterneerde. De kosten van de plaatsing zullen in de toekomst in geval van gedwongen plaatsing, ten laste zijn van het Ministerie van Justitie, en niet meer zoals voorheen, ten laste van de geïnterneerde.⁴⁸

De mogelijkheid blijft bestaan om gedetineerden te interneren op grond van een beslissing van de Minister van Justitie, genomen na eensluitend advies van de bevoegde Commissie. Wel worden enige wijzigingen aangebracht. Zo dient de Commissie zes maanden voor het verstrijken van de straf een evaluatie van de geestestoestand te verrichten. Indien de geestesstoornis niet voldoende verbeterd is stelt de Commissie dit vast in een met redenen omkleed advies en bezorgt het aan de Procureur Des Konings. Deze kan vervolgens een procedure tot gedwongen opname⁴⁹ inleiden.

Tenslotte wordt in het wetsontwerp betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis expliciet gesteld dat de internering tot doel heeft de geïnterneerden de zorgen te verstrekken die hun toestand vereist met het oog op hun reïntegratie in de maatschappij.⁵⁰

1.1.3.2 Penitentiair Onderzoeks- en klinisch Observatiecentrum

Hoewel de huidige WBM expliciet de mogelijkheid tot inobservatiestelling voorschrijft, zijn er in realiteit nooit voldoende middelen vrijgemaakt om de psychiatrische annexen in staat te stellen deze taak op zich te nemen. Bovendien blijft een psychiatrische annex, wanneer de vraag zich stelt, geconfronteerd met een dubbele taak: inobservatiestelling enerzijds, behandeling en begeleiding anderzijds. Andere mogelijkheden, het psychiatrisch deskundigenonderzoek buiten beschouwing gelaten, zijn er vooralsnog niet.

Het Koninklijk Besluit van 19 april 1999⁵¹, dat in de oprichting van een POKO voorziet, is een stap in de goede richting: het centrum zal toelaten de moeilijke gevallen op een

⁴⁸ M. VANDENBROUCKE, P. BRAUN en O. VANDEMEULEBROUCKE, “‘Forensische psychiatrie in ontwikkeling’ UPC St-Kamillus Bierbeek, 2 april 2003”, *Panopticon*, 2003, 399.

⁴⁹ Wet 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *B.S.* 27 juli 1990.

⁵⁰ Art. 2, Wetsontwerp betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis, *Parl. St.* Kamer 2002-2003, nr. 2452/001.

⁵¹ K.B. 19 april 1999 tot instelling van een Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum met het statuut van Wetenschappelijke inrichting van de Staat, *B.S.* 8 mei 1999.

wetenschappelijke basis te observeren en aan een grondige expertise te onderwerpen.⁵² Beklaagden in voorhechtenis kunnen er in observatie worden genomen voor de uitvoering van een deskundigenonderzoek. Daarnaast wordt de mogelijkheid voorzien tot observatie van gestraften en geïnterneerden inzake de uitvoering van de maatregel en de adviesverlening bij mogelijke invrijheidsstelling. Ook met het oog op adviesverlening inzake de geschikte plaats voor de tenuitvoerlegging van de interneringsmaatregel, kan een geïnterneerde overgebracht worden naar het POKO.⁵³ Bovendien zal het POKO taken vervullen op vlak van wetenschappelijk onderzoek en stagemogelijkheden aanbieden. Zodoende biedt het mogelijkheden om de nodige expertise inzake forensische psychiatrie op te bouwen en door te geven.⁵⁴ Tot op heden bestaat dit initiatief echter enkel op papier. Het blijft vooralsnog wachten op de realisatie van het POKO. Wel werd krachtens een KB een selectiecollege ingesteld en is een ander KB verschenen dat instaat voor de invulling van de personeelskaders.⁵⁵

1.1.3.3 Uitbreiding zorgaanbod

Bovenstaande impulsen zouden zinloos zijn wanneer er geen werk wordt gemaakt van een uitbreiding van het flagrant ontoereikende zorgaanbod.⁵⁶ Dit laatste is en blijft het grootste pijnpunt van het sociaal verweer. De Commissie Internering wees hier reeds op in haar eindrapport.⁵⁷ Ze stelde voor dat de overheid een aantal regionale netwerken van gespecialiseerde voorzieningen voor geïnterneerden mogelijk zou maken. Dit vereist een gezamenlijke inspanning van enerzijds Volksgezondheid, Welzijn en Sociale Zaken, en anderzijds Justitie. Het ontbreken van enkele forensisch psychiatrische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen werd als een belangrijkste missing link beschouwd, echter niet als

⁵² H. HEIMANS, *l.c.*, 14.

⁵³ S. DE VUYSERE, *l.c.*, in druk.

⁵⁴ P. BOLLEN, *l.c.*, 31.

⁵⁵ K.B. van 25 september 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 1999 houdende instelling van een Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum met het statuut van Wetenschappelijke inrichting van de Staat, *B.S.* 13 februari 2003 en K.B. van 9 maart 2001 tot vaststelling van de personeelsformatie van het "Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum", *B.S.* 30 maart 2001.

⁵⁶ J. CASSELMAN, "Begint er licht te schijnen aan het einde van de duistere tunnel?", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 38.

⁵⁷ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 73.

enige.⁵⁸ Ook voor zij die niet in deze FPA's thuishoren of terecht kunnen, moeten inspanningen gedaan worden.

1.2 Forensisch Psychiatrische Afdelingen

Enkele jaren na de publicatie van het eindverslag van de Commissie Internering blijken stappen ondernomen te zijn op vlak van een eerste uitbreiding van het zorgaanbod. In 2001 hebben zowel het voormalig Ministerie van Justitie, als dat van Volksgezondheid (samen met Sociale Zaken), na enig overleg, maar uiteindelijk toch apart extra middelen vrijgemaakt om te voorzien in de oprichting van enkele forensisch psychiatrische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen.

De bereidheid om tot actie over te gaan bleek bij alle ministers betrokken bij de interneringsproblematiek aanwezig, zowel op federaal als regionaal vlak.⁵⁹ Ook de idee dat een adequate opvang van geïnterneerden een netwerk van specifieke voorzieningen vereist, met voldoende personeel met een specifieke bijscholing en aangepaste structuren, vond heel wat ondersteuning.⁶⁰ Daar waar voor de zogenaamd gevaarlijke of 'hoge veiligheidsgroep' geïnterneerden de beveiliging van het penitentiair milieu aangewezen blijft, zou dit niet mogen verhinderen dat ook zij de behandeling of verzorging krijgen waar ze recht op hebben. De 'medium veiligheidsgroep' geïnterneerden horen niet thuis in strafinrichtingen of vergelijkbare instellingen, maar zouden moeten worden opgevangen in aangepaste voorzieningen in het normale zorgcircuit. Om de doorstroming van deze patiënten naar de gewone psychiatrische ziekenhuizen mogelijk te maken, dient de overheid budgettair bij te springen voor de aanpassing van de personeelskaders en de verbetering van de infrastructuur. De 'lage veiligheidsgroep' moet in principe zonder bijkomende veiligheidsmaatregelen binnen de reguliere voorzieningen behandeld en begeleid kunnen worden.⁶¹

Uitgaande van het feit dat in Vlaanderen momenteel ongeveer 450 geïnterneerden in de strafinrichtingen en instellingen voor sociaal verweer verblijven, kan men op basis van bovenvermeld indelingssysteem, de groep geïnterneerden die binnen de 'hoge

⁵⁸ J. CASSELMAN, "Recente ontwikkelingen in verband met de opvang van geïnterneerden in Vlaanderen", in X., (ed.), *Actuele thema's uit de criminologie*, Leuven, Universitaire Pers, 2003, in druk.

⁵⁹ P. BOLLEN, *l.c.*, 25-31.

⁶⁰ J. CASSELMAN, "Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg in België. Ongelooflijk maar waar", *Psychiatrie en Verpleging*, 2002, 286.

⁶¹ P. BOLLEN, *l.c.*, 27-30.

veiligheidsgroep' vallen op ongeveer een derde schatten. Dit betekent dat bij benadering 300 geïnterneerden binnen de rijksinstellingen tot de 'medium' of 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden horen. Zij zouden met andere woorden binnen (aangepaste) structuren van de geestelijke gezondheidszorg opgevangen dienen te worden.⁶²

1.2.1 Forensisch Psychiatrische Afdelingen en Eenheden

Als eerste stelde de Minister van Justitie reeds in de lente van 2001 de nodige financiële middelen ter beschikking van enkele psychiatrische ziekenhuizen die forensisch psychiatrische afdelingen wilden oprichten. De subsidie liet het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem, het Psychiatrisch Centrum St.-Jan Baptist te Zelzate en het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek toe de nodige personeelsleden aan te werven voor een optimale omkadering van de 'medium risk'⁶³ geïnterneerden die zij in deze afdelingen zouden opnemen. Bedoeling is het creëren en onderhouden van één of meerdere FPA's waarin de patiënten op een veilige wijze kunnen worden geplaatst of opgenomen en behandeld, verzorgd en begeleid en dit voor een bepaald ligdagenquotum. Deze FPA's worden verondersteld de nodige initiatieven te nemen om een zorgcircuit uit te bouwen dat doorstroming mogelijk maakt.⁶⁴ Gezamenlijk voor de drie afdelingen werd een selectiecomité opgericht en er zou een wetenschappelijk begeleidingscomité worden voorzien.⁶⁵ Na de opstartfase die liep van 1 juli 2001 tot 31 december 2001, is het de bedoeling om sinds 1 januari 2002 een quotum van 1 x 30 (Rekem) en 2 x 32 (Zelzate en Bierbeek) bedden per dag te realiseren. Deze bedden betreffen bestaande T-bedden.⁶⁶

⁶² V. MARTIN, "Internering in Vlaanderen of het verhaal van vele gemiste kansen", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 57-58.

⁶³ De term medium 'risk' dekt in theorie een andere lading dan wat onder medium 'security' of 'veiligheidsgroep' dient verstaan te worden (en bij uitbreiding verschillen deze termen ook van medium 'care'). 'Risk' heeft onlosmakelijk te maken met het risico dat iemand opnieuw een misdrijf pleegt, wat de kansen op opname in een psychiatrische voorziening beïnvloedt. Echter, ondanks het steeds meer uitdiepen van verschillende risk assessment instrumenten en technieken, blijft het bijzonder riskant uitspraken te doen over dit risico. Niettemin wordt deze term gehanteerd, zowel binnen de richtlijnen ter oprichting van de pilotoprojecten van Justitie, als bij die van Volksgezondheid. Een meer pragmatische invulling vinden we terug bij het begrip medium 'security' of 'veiligheidsgroep', welke verwijst naar de vereiste veiligheidsmaatregelen binnen de behandelsetting. (cf. supra). In het verdere verloop van de verhandeling, zullen vanuit overwegingen op vlak van consequentie vasthouden aan het gebruik van de 'veiligheidsgroep'-termen.

⁶⁴ J. CASSELMAN, "Begint er licht te schijnen aan het einde van de duistere tunnel?", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 39.

⁶⁵ Het wetenschappelijk begeleidingscomité heeft vooralsnog het daglicht niet gezien.

⁶⁶ T-bedden verwijzen naar een dienst neuropsychiatrie behandeling.

Ook het Ministerie van Volksgezondheid sloot, samen met het Ministerie van Sociale Zaken, tijdens de tweede helft van 2001 een overeenkomst met vier algemene psychiatrische ziekenhuizen in het kader van de oprichting van enkele forensisch psychiatrische eenheden. Zij leverde extra subsidies aan het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem, het Psychiatrisch Centrum St.-Baptist te Zelzate, Les Marronniers te Doornik en Titeca in Brussel om de personeelsomkadering voor nieuwe units van telkens acht A-bedden te versterken. Deze plaatsen werden eveneens voorbehouden aan ‘medium risk’ geïnterneerden.⁶⁷ Maar daar waar voor Justitie de patiënten op een selectielijst geplaatst worden, waaruit de ziekenhuizen kiezen wie ze opnemen, gaat deze vereiste niet op voor de projecten van Volksgezondheid. Wel werd van bij de aanvang gestart met een kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie. Deze gebeurde voor het eerste werkingsjaar door een team van enerzijds de Katholieke Universiteit Leuven en anderzijds de Université Libre de Bruxelles. Na een onderbreking na dit eerste jaar, is het onderzoek inmiddels hervat.

De proefprojecten richten zich op een intensieve klinische behandeling van geïnterneerden vrij op proef, met als doel een zo groot mogelijke resocialisatie van deze patiënten. De behandeling dient van beperkte duur te zijn met als voornaamste doelstelling de doorstroming naar de reguliere psychiatrische zorgverlening te kunnen garanderen.⁶⁸ Inmiddels is ook in het UPC Sint-Kamillus één FPE en in Titeca een tweede FPE opgericht dankzij extra middelen van het Ministerie van Volksgezondheid.

De initiatieven van Justitie en van Volksgezondheid verdienen alle steun. Toch moet de aandacht gevestigd worden op de eerder plotse komst van de FPA's. Misschien weten insiders beter en zijn er voldoende voorbereidende stappen ondernomen⁶⁹, maar de indruk blijft dat de nieuwe afdelingen op een al bij al korte termijn werden gerealiseerd. Een mogelijke aanzet hiervoor lijkt het verwachte bezoek van het Europees comité ter preventie van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling. Dit CPT had reeds in 1993 en 1997 een bezoek gebracht aan diverse instellingen in België en telkenmale werd ons land een slecht rapport

⁶⁷ A-bedden verwijzen naar een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling.

⁶⁸ X., *Overeenkomst betreffende de betalingsmodaliteiten met betrekking tot een contract voor navorsingswerk "Pilotproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor de geïnterneerden met als doel een zo groot mogelijke resocialisatie van die patiënten."*, onuitg., 2001.

⁶⁹ Bijvoorbeeld de aanbevelingen van de Commissie Internering of het project van de Koning Boudewijnstichting betreffende de forensisch psychiatrische eenheid.

toebedeeld, onder andere op vlak van internering. Bovendien fungeerde België tijdens de tweede helft van 2001 als voorzitter van de Europese Unie. Een nieuwe blaas voor ons land zou bijgevolg op een bijzonder slecht moment zijn gekomen.⁷⁰ Deze opmerking doet echter niets af aan de positieve initiatieven. Ze suggereert enkel dat er misschien te weinig rekening werd gehouden met de impact en effecten van de FPA's op iets langere termijn. Daarbij komt dat de nieuwe afdelingen tijd nodig hebben om op volle snelheid te kunnen werken.⁷¹ Ten tijde van de oprichting van deze afdelingen werd overigens slechts sporadisch opgemerkt dat rekening moest gehouden worden met te voorziene problemen bij de doorstroming van de 'medium veiligheidsgroep'.⁷² We merken trouwens op dat wanneer de vraag tot doorverwijzing wordt gesteld voor een geïnterneerde verblijvend in een van de pilootprojecten naar een andere afdeling of voorziening, dit impliceert dat, voor deze patiënt, de bijkomende faciliteiten, voorzien op de FPA, op vlak van veiligheid naar de maatschappij en het behandelteam niet langer vereist zijn.⁷³

Tenslotte willen we erop wijzen dat de komst van de FPA's niet het eindpunt is, integendeel, het hervormingsproces dat hiermee op gang is gebracht, dient de volgende jaren voortgezet te worden. Reeds geruime tijd wordt in verband met het oprichten van deze afdelingen overigens gepleit voor enkele aandachtspunten. Allereerst wordt gewezen op de noodzaak om voldoende afdelingen in te richten, verspreid over het land, om differentiatie, circuitvorming en integratie in de bestaande lokale hulpverlening mogelijk te maken. Daarnaast dient in Vlaanderen rekening gehouden te worden met de lokalisatie van de drie CBM's. Tenslotte wordt geijverd om van in het begin te voorzien in wetenschappelijke begeleiding en evaluatie.⁷⁴ In ieder geval blijkt deels tegemoet gekomen te zijn aan deze verzuchtingen.

1.2.2 De Forensisch Psychiatrische Afdelingen te Bierbeek

⁷⁰ Deze opmerkingen werden gemaakt door Dhr. Raf Vermeiren tijdens een interview afgenomen in het kader van de paper voor het werkcollege gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg in de 1^e licentie op 5 april 2002.

⁷¹ J. CASSELMAN, "De hervorming van de internering. Worden geïnterneerden er beter van?", *Alert*, 2002, afl. 2, 89.

⁷² V. MARTIN, *l.c.*, 58-60.

⁷³ Dit verhindert niet dat doorverwijzingen kunnen plaats vinden van de ene FPA voor medium security geïnterneerden, naar een andere FPA voor medium security geïnterneerden. Deze doorverwijzing kan gebeuren over de verschillende betrokken ziekenhuizen heen, of binnen een ziekenhuis met verschillende afdelingen.

⁷⁴ J. CASSELMAN, "Begint er licht te schijnen aan het einde van de duistere tunnel?", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 39.

Daar we binnen het kwalitatieve luik van deze verhandeling specifiek stilstaan bij de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit de pilootprojecten van Justitie in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek, werpen we alvast een blik op de populatie en werking van deze afdelingen.

Sinds het opstarten van de FPA's in het UPC Sint-Kamillus werden op 25 april 2003 reeds 47 geïnterneerden in het kader van de verschillende proefprojecten opgenomen.⁷⁵ Aanvragen tot opname worden getoetst aan volgende selectiecriteria:

- geïnterneerden
- mannen
- minimale kennis van het Nederlands
- hoofdzakelijk psychotische problematiek
- co-morbiditeit met andere pathologiën mogelijk
- IQ (personen met een mentale handicap komen vooralsnog niet in aanmerking)

Als exclusiecriteria gelden:

- primaire seksuele delinquenten
- primaire afhankelijkheidsstoornissen
- primaire persoonlijkheidsstoornis
- IQ (cfr. supra)

Het delict vormt geen criterium bij de aanvraag tot opname, met uitzondering van erg gruwelijke feiten, maar dan nog betekent dit niet dat opname uitgesloten is. Binnen de patiëntengroep is dan ook een grote verscheidenheid in gepleegde delicten terug te vinden, waaronder slagen en verwondingen, drugdelicten, brandstichting, diefstallen, maar ook doodslag en moord.

De eerste fase in het verblijf van de patiënt op de FPA, richt zich op de opname en observatie van betrokkene. Zodoende kan deze zijn nieuwe omgeving leren kennen en zich aanpassen. Hierbij wordt de nodige aandacht besteed aan elementaire zaken zoals hygiëne, het op punt stellen van medicatie en het op orde brengen van de administratieve en financiële

⁷⁵ Interview met dhr. VERMEIREN, criminoloog op de afdelingen FPA-B-C in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek op 25 april 2003.

Deze opnames vonden zowel plaats op de afdelingen opgericht in het kader van de pilootprojecten van Justitie, als in deze opgericht in het kader van de pilootprojecten van Volksgezondheid. De opnames op de FPE's betreffen nemen echter een klein aandeel in daar deze afdelingen slechts plaats bieden aan acht personen.

aspecten van de opname. De tweede fase is specifiek gericht op de behandeling. Dit betreft zowel het doen afnemen van de psychotische verschijnselen en deze onder controle houden, het creëren en doen toenemen van inzicht in eigen gedrag en symptomatologie, het aanspreken op het delinquent gedrag, het aanleren van beter aangepast gedrag en het reduceren van de kans op herval, zowel in feiten als in psychose.⁷⁶ Geleidelijk worden in deze fase meer vrijheden toegekend. De derde fase is deze van de oriëntatie of resocialisatie. Wat betreft de pilootprojecten van Justitie, vindt de oriëntatiefase meestal plaats op de open afdeling FPC. De doelstelling van deze fase is ‘de patiënt te oriënteren naar de maatschappij of indien dit (nog) niet mogelijk is, te oriënteren naar een aangepaste zorgvorm of ontslagmogelijkheid waar de persoon optimaal aan bod kan komen en een zo groot mogelijke zelfstandigheid geniet, een “meer aangepaste plaats”, rekening houdend met zijn individuele mogelijkheden, beperkingen en met een minimum aan risico’s op recidive’.⁷⁷

Inmiddels zijn verschillende geïnterneerden die in het kader van de pilootprojecten van Justitie binnen het UPC Sint-Kamillus waren opgenomen, doorverwezen naar andere voorzieningen: dit zijn zowel voorzieningen in het veld van de GGZ, als justitiële voorzieningen.

1.3 Doorverwijzing

De opname en behandeling van geïnterneerden in een FPA is een stap in de goede richting. Maar er moeten er nog volgen: uiteindelijk is het de bedoeling dat de geïnterneerden doorstromen naar andere voorzieningen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg of opnieuw zelfstanding gaan leven. We herinneren aan de visie van de Commissie Internering dat ook voor hen behandeling in principe in een zo min mogelijke restrictieve omgeving moet plaatsvinden, naargelang de evolutie van hun geestestoestand en met in achtneming van de dwingende bescherming van de samenleving.⁷⁸

De vraag ligt voor de hand naar waar geïnterneerden vanuit een FPA kunnen worden doorverwezen: wordt dit beperkt tot de eigen instelling of kunnen ook doorverwijzingen rechtstreeks buiten de voorziening plaatsvinden? (1.3.2.1) Dient doorverwijzing te gebeuren

⁷⁶ Interview met dhr. Raf VERMEIREN, criminoloog op de forensische afdelingen FPA-B-C in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek, op 25 april 2003.

⁷⁷ Raf Vermeiren, *De forensisch psychiatrische afdelingen FPA-FPB-FPC te UPC Sint Kamillus Bierbeek*, onuitg., 21 februari 2003.

⁷⁸ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 74.

naar gespecialiseerde voorzieningen voor de behandeling van geïnterneerden of kunnen de bewoners van de forensisch psychiatrische afdelingen ook in de reguliere voorzieningen terecht? (1.3.2.2) In dit kader bespreken we ook de basisideeën omtrent netwerken en zorgcircuits. (1.3.2) We beperken ons in ieder geval tot het veld van de geestelijke gezondheidszorg, het brede werkkterrein dat zich inlaat niet alleen met ernstige psychische problemen, maar ook met milde en lichte psychische problemen en waarbij de maximale bevordering van de psychische gezondheid centraal staat.⁷⁹ Door gebruik te maken van het indelingsprincipe ‘echelonnering’, worden gradaties aangebracht in de geestelijke gezondheidszorg. (1.3.1) Dit vergemakkelijkt straks het onderzoeken van de mogelijkheden en moeilijkheden bij doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA. Geïnterneerden konden in het verleden echter ook reeds terecht in bepaalde voorzieningen van de GGZ. In een laatste punt bespreken we de moeilijkheden en problemen die hierbij opdoken. (1.3.3)

1.3.1 Echelonnering als indelingsprincipe binnen de geestelijke gezondheidszorg

Wanneer we de voorzieningen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg op een overzichtelijke manier willen beschouwen, lijkt een onderverdeling in echelons waardevol. In de klassieke benadering van de echelonnering in de geestelijke gezondheidszorg, gebruikt men meestal slechts één indelingscriterium: de graad van specialisatie. Dit leidt tot een drietal categorieën: ambulante, semi-murale en residentiële hulpverlening; waarbij men er van uitgaat de graad van specialisatie toeneemt van het eerste echelon naar het derde echelon. De graad van specialisatie mag echter niet het enige criterium zijn bij het aanschouwen van de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien vertoont elk van de verschillende echelons een zekere gradatie van specifieke specialisatie. Vandaar dat de voorkeur wordt gegeven om eveneens rekening te houden met een tweede indelingscriterium, namelijk de afstand tussen de plaats waar het probleem zich voordoet en de plaats waar ingegrepen wordt.⁸⁰ Op die manier spreken we van een nulde echelon wanneer de hulp in het natuurlijk leefmilieu wordt geboden en van

⁷⁹ J. CASSELMAN, “Wat is gerechtelijke psychiatrie?”, in CASSELMAN, J. en COSYNS, P., (eds.), *Gerechtelijke Psychiatrie*, Leuven, Garant, 1999, 9-10.

⁸⁰ Dit laatste aspect verwijst eerder naar de psychologische afstand dan naar de effectieve afstand.

een vierde echelon wanneer bij een residentiële opvang de terugkeer naar de vroegere leefomgeving niet meer waarschijnlijk is.⁸¹

De FPA's kunnen we situeren op het derde echelon van de voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg: ze zijn erg gespecialiseerd en de afstand tussen waar het probleem zich voordeed en de plaats waar hulp geboden wordt, is relatief groot. Wanneer sprake is van doorverwijzing zal de aandacht in het tweede deel vooral gevestigd worden op de reguliere residentiële voorzieningen en voorzieningen van de lagere echelons, bijvoorbeeld begeleid wonen of ambulante hulpverlening door het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. In bepaalde gevallen is het echter mogelijk dat deze vormen van begeleiding of behandeling niet beantwoorden aan de noden van de patiënt of aan die van de samenleving en dat een doorverwijzing naar een hoger echelon aangewezen is, bijvoorbeeld naar een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT). Ook op deze doorverwijzing zullen we dieper ingaan. De (terug)verwijzing naar een psychiatrische annexe of afdeling voor sociaal verweer, die evenwel plaatsen creëert en een doorverwijzing uitmaakt, laten we buiten beschouwing, daar dit niet zozeer als een positieve doorverwijzing valt te omschrijven en tot op heden veel sterker aansluit bij justitie dan bij de wereld van de geestelijke gezondheidszorg.

1.3.2 Netwerken en zorgcircuits

Om de doorverwijzing van geïnterneerden succesvol te laten verlopen zal in de toekomst werk moeten worden gemaakt van netwerken en zorgcircuits. Het was ook een van de voorstellen door de Commissie Internering om regionale netwerken van gespecialiseerde voorzieningen tot stand te brengen. Samen met verschillende residentiële en ambulante voorzieningen, zouden de FPA's deel moeten uitmaken van deze geïntegreerde netwerken.⁸²

Het gedachtegoed rond netwerken en zorgcircuits heeft niet enkel betrekking op het zorgaanbod voor geïnterneerden. Het is een evolutie die in het bredere veld van de geestelijke gezondheidszorg duidelijk merkbaar is. Daar waar de geestelijke gezondheidszorg tot op heden vooral verticaal is gestructureerd, proberen de beleidsmakers ze om te vormen tot een

⁸¹ J. CASSELMAN, *Hulpverlening onder druk. Gerechtscliënten in de geestelijke gezondheidszorg*, in *Naar een geestelijk gezonde samenleving*, Mechelen, Kluwer, 2002, 25-26.

⁸² J. CASSELMAN, "De hervorming van de internering. Worden geïnterneerden er beter van?", *Alert*, 2002, afl. 2, 87.

geïntegreerde, horizontale en doelgroepgerichte structuur. Op die manier tracht men zorgcircuits uit te bouwen en de samenwerking op de werkvloer ten voordele van specifieke doelgroepen te bevorderen.⁸³ De focus is niet meer zozeer gericht op het aantal bedden en op de voorzieningen die de bedden leveren, maar wel op de mensen in die bedden, de patiënten.

Voor heel wat betrokkenen en zelfs verwijzinstanties is het niet meteen duidelijk waar een patiënt met een specifiek psychiatrisch probleem terecht kan. Kennis van het bestaande aanbod, nauwe samenwerking en overleg zijn enkele aspecten die kunnen bijdragen tot een oplossing voor dit probleem. Ook een betere afstemming van de zorgprogramma's in verschillende voorzieningen kan ertoe leiden dat de patiënt uiteindelijk het meest adequate antwoord krijgt op zijn of haar vraag: zorg op maat.⁸⁴

Zorg op maat komt tot stand door netwerking en het uitbouwen van zorgcircuits. Een netwerk verwijst naar een functioneel samenwerkingsverband van onafhankelijke zorgverstrekkers, die samen het programma van een bepaald zorgcircuit realiseren.⁸⁵ Het gaat om een geheel van op elkaar afgestemde en samenwerkende actoren (personen, instellingen, organisaties), die relaties met elkaar onderhouden op basis van hun betrokkenheid bij een gemeenschappelijk doel. Het netwerk verwijst naar het organisatorisch aspect. De term zorgcircuit daarentegen omvat het inhoudelijke aspect en beslaat het volledige zorgaanbod van een netwerk voor een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld de doelgroep forensische psychiatrie. Het is opgebouwd uit verscheidene zorgactiviteiten, in een specifieke context en gericht op een omschreven doel, die dan samen als zorgprogramma een antwoord vormen voor geglobaliseerde hulpvragen van een doelgroep.⁸⁶ Het zorgcircuit vergemakkelijkt de zorg op maat en de continuïteit van de zorgverlening.

1.3.2.1 Interne versus externe netwerken

⁸³ F. VANDENBROUCKE, *Beleidsnota van de minister van Volksgezondheid en van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen. De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*, Brussel, maart 2001.

⁸⁴ J. PONCELET, "Op weg naar een nieuwe geestelijke gezondheidszorg...", *Overspil*, juni 1998, speciale editie, 1-2.

⁸⁵ J. PONCELET, "Geestelijke gezondheidszorg in historisch perspectief", *Overspil*, juni 1998, speciale editie, 6.

⁸⁶ E. NASSEN, K. THEUNIS, L. DU LAING en J. VANHOLSBEKE, *Nieuw beschrijvend begrippenkader Geestelijke Gezondheidszorg*, Brussel, Verbond der Verzorgingsinstellingen, 1999, 34-35.

Een van de mogelijkheden is om een intern netwerk en zorgcircuit tot stand te brengen. Dit betekent dat het specifieke zorgaanbod voor de geïnterneerden, samen met andere afdelingen of diensten dan de FPA, binnen het ziekenhuis wordt georganiseerd. Hieronder volgt een illustratie⁸⁷ van een intern netwerk en zorgcircuit, zoals uitgevoerd in het UPC Sint-Kamillus. Dit intern netwerk richtte zich op de ruimere groep gerechtscliënten met een voornamelijk psychotische problematiek, maar was prioritair voor geïnterneerden, die tot de ‘lage veiligheidsgroep’ behoorden.⁸⁸ Het weerspiegelt de situatie in Bierbeek voordat de eigenlijke proefprojecten voor ‘medium risk’ geïnterneerden werden opgericht.

1. *De opnames gebeurden vooral op de gesloten opname- en observatieafdeling van de instelling. Deze afdeling heeft binnen het UPC Sint-Kamillus als taak de eerste opvang en observatie van patiënten in een gesloten, gestructureerd kader. Van hieruit werden patiënten na deze fase verder doorverwezen naar andere behandelafdelingen;*
2. *wanneer het resocialisatieperspectief zich eerder op lange termijn situeerde, doch er nood was aan een vrij gestructureerde aanpak, werd de patiënt doorverwezen naar een vanuit dit gedachtegoed specifiek uitgebouwde afdeling;*
3. *naargelang de mogelijkheden van de patiënten en de therapeutische indicatie was ook een opvang op een andere opname- of behandeleenheid binnen het UPC Sint-Kamillus mogelijk. Soms gebeurde dit na opname op de gesloten opnameafdeling, soms werden ook rechtstreeks patiënten met een gerechtelijk statuut opgenomen. Meer concreet betrof het hier de afdelingen:*
 - a. *AP: een opname- en behandelafdeling bestemd voor patiënten met angst-, stemmings- en psychotische beelden waar de behandeling binnen een psychodynamische visie gekaderd wordt;*
 - b. *OA: een opname- en behandelingsafdeling voor patiënten met afhankelijkheidsproblemen ten aanzien van alcohol, medicatie en uitzonderlijk*

⁸⁷ X., *Het forensisch circuit in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. Een aanzet met een perspectief op de toekomst*, 27-11-2001.

⁸⁸ J. CASSELMAN, “Forensisch Psychiatrische Eenheden: nu of nooit!”, *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 2000, 151.

*ten aanzien van drugs en gokken, die van die aard zijn dat een opname in een intramurale setting noodzakelijk is;*⁸⁹

- c. RS: een behandelafdeling waar overwegend psychotische patiënten met bijkomende afhankelijkheids- en gedragsproblemen en met realistische resocialisatiekansen in een open kader opgevangen worden;*
- d. OPM: een opname en behandeleenheid voor volwassenen en adolescenten met een lichte of matige mentale handicap en met gedrags- en psychiatrische problemen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen, psychotische aandoeningen...*⁹⁰

Door intern een netwerk uit te bouwen voor de opvang van gerechtscliënten wou men vermijden dat de specifieke forensische unit geïsoleerd zou raken binnen het Psychiatrisch Centrum.

Inmiddels is het bestaande zorgcircuit door de komst van de pilootprojecten van Justitie (afdelingen FPA en FPC) en Volksgezondheid (afdeling FPB) aangepast. Er worden nu ook 'medium risk' geïnterneerden opgenomen en wel rechtstreeks op de gesloten afdelingen FPA en FPB. Deze afdelingen staan ook in voor de behandeling van de patiënten. Na verloop van tijd kunnen de patiënten van FPA overgaan naar de open forensische oriëntatieafdeling FPC, die eveneens tot het project van Justitie behoort en bijgevolg ook door deze FOD extra subsidies krijgt. Patiënten die opgenomen worden op FPB kunnen de tussenstap naar FPC niet maken – ze staan immers niet op de lijst van het selectiecomité van Justitie en voor hen zijn geen extra middelen vrijgemaakt door de FOD Justitie. Na het verblijf op FPB of FPC, en in een enkel geval ook vanuit FPA, kunnen de gerechtscliënten doorverwezen worden naar een andere afdeling van het UPC. De 'low risk' geïnterneerden worden nog steeds via de andere afdelingen van het ziekenhuis opgenomen, en dan in het bijzonder via de gesloten opname- en observatieafdeling van de instelling. Ook zij kunnen intern doorschuiven.

⁸⁹ Inmiddels is deze afdeling opgehouden te bestaan.

⁹⁰ X., *Het forensisch circuit in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. Een aanzet met een perspectief op de toekomst*, 27-11-2001.

Naast een intern netwerk en zorgcircuit is het voor een psychiatrisch ziekenhuis aangewezen om samenwerking met zorgvoorzieningen buiten de eigen instelling uit te bouwen en een extern zorgcircuit tot stand te brengen. Dit extern netwerk biedt mogelijkheden voor de doorstroming van geïnterneerden vanuit de FPA's, naar voorzieningen buiten het eigen ziekenhuis. Onderstaande illustratie beschrijft een extern zorgcircuit, zoals gerealiseerd voor het forensisch circuit voor 'low risk' geïnterneerden vanuit het UPC Sint-Kamillus.⁹¹

Wanneer dit mogelijk en geïndiceerd was, werden patiënten na behandeling in het UPC Sint-Kamillus doorverwezen naar partners in de Leuvense regio:

- 1. het Nakuurhome Papiermoleken uit Bierbeek: de hoofdgeneesheer van dit initiatief is tevens stafgeneesheer in het UPC Sint-Kamillus;*
- 2. het Psycho-sociaal Centrum uit Leuven;*
- 3. initiatieven voor beschut wonen (onder meer vzw Walden)*
- 4. een ambulante setting, bv. het centrum voor geestelijke gezondheidszorg of nazorg via raadplegingen bij een psychiater*

Het bestaan van deze samenwerkingsverbanden betekende een belangrijke meerwaarde in de zorgverlening van deze doelgroep [van gerechtscliënten].

De inplanting van de FPA's in de bestaande interne en externe netwerken, verloopt echter niet altijd zonder slag of stoot. Wanneer bepaalde psychiatrische ziekenhuizen meer middelen krijgen om een gespecialiseerde behandeling van geïnterneerden uit te bouwen, blijkt dat andere ziekenhuizen in dezelfde regio minder of zelfs helemaal niet meer geneigd om geïnterneerden op te nemen, ook al behoren ze tot de 'lage veiligheidsgroep'. Hetzelfde scenario is denkbaar binnen de eigen instelling met de FPA: de weerstand van sommige afdelingen neemt toe om zoals vroeger sporadisch nog enkele geïnterneerden op te nemen. Het gevaar is dus reëel dat de nieuwe plaatsen op de FPA's niet door de 'medium veiligheidsgroep', maar door geïnterneerden uit de 'lage veiligheidsgroep' worden ingevuld.⁹² Voor de opname deze laatsten werden immers nooit en nu ook weer niet bijkomende middelen

⁹¹ X., *Het forensisch circuit in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. Een aanzet met een perspectief op de toekomst*, 27-11-2001

⁹² J. CASSELMAN, "De hervorming van de internering. Worden geïnterneerden er beter van?", *Alert*, 2002, afl. 2, 90.

vrijgemaakt. Onderhuids ongenoegen over de ‘weelde’ waarin de FPA’s baden, terwijl andere afdelingen het met minder moeten doen is geen fictie.⁹³ Bovendien zullen de huidige patiënten op de FPA’s op een bepaald moment moeten doorstromen, sommigen intern, anderen extern. Dit kan ertoe leiden dat op andere afdelingen binnen het psychiatrisch ziekenhuis met de FPA het gewicht van de geïnterneerden in de patiëntengroep steeds meer gaat doorwegen. Ook dit zorgt voor vragen en bezorgdheid.⁹⁴

1.3.2.2 Categorale versus algemene voorzieningen

De FPA’s zijn categorale voorzieningen: ze richten zich enkel tot de ‘medium veiligheidsgroep’ geïnterneerden. De vraag is aan de orde of doorverwijzing naar andere voorzieningen, die zich enkel richten tot geïnterneerden of bij uitbreiding tot de grotere groep gerechtscliënten, aangewezen is of moet er eerder geopteerd worden voor een zo groot mogelijke doorstroming naar de reguliere sector? De meningen blijken verdeeld.

Het zomaar openstellen van het algemene zorgcircuit voor alle geïnterneerden, lijkt te idealistisch. Gespecialiseerde voorzieningen en zorgcircuits blijken nodig, daar de algemene voorzieningen vaak veel weerstanden vertonen.⁹⁵ Ook het rapport van de Commissie Internering vraagt om de uitbouw van een geïntegreerd behandelingsnetwerk.⁹⁶ Dit netwerk zou een waaier diensten en behandelingen moeten aanbieden, die aan de specifieke noden van de geïnterneerde en zijn omgeving beantwoorden. De noden en therapeutische programma’s verschillen immers naargelang zij seksuele misbruikers, verslaafde psychotische delinquenten of personen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen betreffen. Als mogelijke behandelingsplaatsen wijst de Commissie op: een open of gesloten penitentiair milieu, een open of gesloten residentieel milieu in een psychiatrisch ziekenhuis, een gedeeltelijke hospitalisatie (bij dag of bij nacht), een kamer met aandacht en een ambulante behandeling in de gemeenschap. Ze stelt voor psychiatrische eenheden in bepaalde Belgische strafinrichtingen uit te bouwen, die van een regionale psychiatrische dienst of verzorgingsinstelling zouden afhangen. Deze eenheden zouden het statuut moeten verwerven van de acute psychiatrische diensten en zo aan de minimale normen inzake bekwaam personeel en behandelingskwaliteit

⁹³ Deze uitspraak is niet gebaseerd op literatuur of onderzoeksgegevens, maar wel op mijn eigen ervaringen tijdens de stageperiode op de forensisch psychiatrische afdelingen in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek.

⁹⁴ Interview met Ivan HENKENS, afdelingshoofd RS, UPC Sint-Kamillus, op 28 november 2002.

⁹⁵ M. VANDENBROUCKE, “Internering ter discussie”, *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 34.

⁹⁶ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 75-77.

beantwoorden. Ze erkent tevens de behandeling van geïnterneerden in ziekenhuizen die de vereiste veiligheids- en kwaliteitsnormen bieden. De opnamemogelijkheid blijkt evenwel afhankelijk van de gevaarlijkheidsgraad van de geïnterneerde en van de – meestal zeer beperkte – veiligheidsmogelijkheden van de bestrooken dienst.⁹⁷ Dit alles laat besluiten dat de Commissie voorstander is van zowel categorale voorzieningen voor de behandeling van geïnterneerden, als algemene psychiatrische instellingen of algemene ambulante diensten, waar naast geïnterneerden ook niet-delinquente geestesgestoorden worden opgevangen. Overigens wordt ook vanuit de sector geestelijke gezondheidszorg en het algemeen welzijnswerk gepleit voor een goede integratie van het specifiek netwerk binnen de reeds bestaande hulpverlening.⁹⁸

MARTIN⁹⁹ gaat iets verder en stelt resoluut dat er een aangepast zorgcircuit moet worden uitgebouwd, naast het reeds bestaande circuit van zorgverlening. Geïnterneerden blijken chronische patiënten die nood hebben aan langdurige begeleiding, wat in schril contrast staat met de huidige heersende mentaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Wanneer ook de FPA's reeds het maximum aan patiënten hebben opgenomen, zullen de instellingen opnieuw met een plaatsgebrek kampen omdat ze hun opgenomen geïnterneerden na de hospitalisatie niet kunnen doorverwijzen naar aangepaste voorzieningen. Het ontwikkelen van doorstroommogelijkheden is even dringend als de huidige pilotprojecten. Deze moeten zowel naar het reguliere zorgcircuit als naar een forensisch circuit ontwikkeld tot stand komen.¹⁰⁰

We begrijpen dit laatste standpunt: de laatste decennia ging de sector van de geestelijke gezondheidszorg over tot een extramuralisatieproces, wat leidde tot een aanzienlijke beddenreductie. Dit laatste ging vooral ten koste van de verblijfsafdelingen. De asielfunctie van het psychiatrische ziekenhuis verdween grotendeels, ambulante en deeltijdbehandelingen kwamen hiervoor in de plaats. Bovendien werd het hulpaanbod in de maatschappij steeds meer

⁹⁷ MINISTERIE VAN JUSTITIE, *o.c.*, 76.

⁹⁸ J. CASSELMAN, "De hervorming van de internering. Worden geïnterneerden er beter van?", *Alert*, 2002, afl. 2, 88.

⁹⁹ V. MARTIN, *l.c.*, 57-60.

¹⁰⁰ Hiermee verwijst Martin onder meer naar het feit dat het huidige aanbod psychiatrische verzorgingstehuizen geen oplossing biedt voor de doorverwijzing van geïnterneerden uit de FPA's: immers de wachtlijsten zijn lang en er kan gekozen worden uit het aanbod patiënten. Op die manier blijken geïnterneerden nogal eens uit de boot te vallen.

gedifferentieerd.¹⁰¹ De forensische psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg beleefden deze ontwikkelingen aan de zijlijn. Ze werden geconfronteerd met een daling van de opnames van geïnterneerden in de reguliere sector.¹⁰² Het resultaat is een vermaatschappelijking van de algemene GGZ enerzijds en een steeds toenemend en beveiligend karakter van de voorzieningen in de forensische GGZ (de rijksinstellingen) anderzijds, waarbij het kwaliteitsniveau van de psychiatrische zorgverlening in de strafinrichtingen steeds meer achterop hinkt in vergelijking met deze in de reguliere residentiële opvangstructuren.¹⁰³

Toch mag een categoriaal, forensisch zorgcircuit niet het enige zijn voor de behandeling van geïnterneerden. Immers ook bij (de meerderheid van) hen staat de uiteindelijke reïntegratie in de maatschappij centraal.¹⁰⁴ De verscheidenheid, aanwezig in de maatschappij, moet ook aan bod kunnen komen in de hulpverleningscontext, zonder evenwel de specifieke noden van de doelgroep uit het oog te verliezen. Het ontwikkelen van een specifiek netwerk en zorgcircuit, goed geïntegreerd in het algemene lijkt dan ook de meest wenselijke optie.

1.3.3 Moeilijkheden bij de opname van geïnterneerden in de algemene psychiatrie

De doorverwijzing van geïnterneerden naar algemene psychiatrische voorzieningen is geen nieuw fenomeen. De wet voorziet krachtens art. 14 WBM trouwens in deze mogelijkheid. Op basis van de dagprevalentie van de geïnterneerden in 1995 blijkt dat bij benadering ongeveer 27% in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis werden opgenomen.¹⁰⁵ Ruim de helft van die 27% waren echter Franstalige geïnterneerden die in overheidsinstellingen van het Waalse gewest verbleven (Tournai en Mons). De Nederlandstalige geïnterneerden zijn verspreid over een groot aantal (private) psychiatrische instellingen.¹⁰⁶ De meer recente studie van DE

¹⁰¹ B. MAES, A. MIEDEMA, en L. PAESEN, “De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg”, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2001, 576.

¹⁰² P. COSYNS, C. DILLEN e.a., “Behandelingsmogelijkheden van geïnterneerden in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen”, in F. LAMPAERT (ed.), *Gevangenis en samenleving II*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1994, 83.

¹⁰³ P. COSYNS, “Internering: een doorbraak in het herzieningsproces van de wet?”, *Panopticon*, 1999, 315.

¹⁰⁴ Dit staat zelfs letterlijk ingeschreven in de pilootprojecten van het Ministerie van Volksgezondheid: “Pilotproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor de geïnterneerden met als doel een zo groot mogelijke resocialisatie van die patiënten.”

¹⁰⁵ P. COSYNS, D. DE DONCKER en C. DILLEN, “De geïnterneerden en hun behandeling”, in J. CASSELMAN, P. COSYNS e.a. (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 76 en 78.

¹⁰⁶ In het volgende stuk wordt de aandacht op Vlaanderen gevestigd omdat uit de praktijk blijkt dat de uitvoering van de interneringsmaatregel in Wallonië vaak gepaard gaat met een verwijzing naar de instelling tot bescherming van de maatschappij te Paifve of naar het Psychiatrisch Ziekenhuis te Tournai, en eventueel Mons voor de vrouwen. Beide instellingen worden gesubsidieerd door de overheid (respectievelijk door justitie en de

VUYSERE naar de geïnterneerden ressorterend onder de bevoegdheid van een van de Vlaamse CBM's op 12 juni 2001, toonde aan dat ongeveer 29% van de onderzoekspopulatie zich in een residentiële voorziening bevonden.¹⁰⁷

We merkten reeds op dat Justitie nooit extra middelen heeft vrijgemaakt voor de instellingen die zich bereid toonden om geïnterneerden op te nemen. Dit heeft, naast heel wat andere redenen, ertoe geleid dat geïnterneerden in Vlaanderen slechts mondjesmaat kunnen worden doorverwezen naar de algemene psychiatrische ziekenhuizen. Het vermoeden wordt geuit dat de keuze om geïnterneerden naar een psychiatrisch ziekenhuis te verwijzen, ook kan samenhangen met de bevoegde CBM.¹⁰⁸ Zo zou de CBM te Leuven meer dan andere Commissies geïnterneerden naar privé-inrichtingen sturen, omdat in deze regio meer geschikte verzorgingsinstellingen voorhanden zijn¹⁰⁹ en omdat hun criterium in de eerste plaats gericht is op de indicatiestelling¹¹⁰. De belangrijkste argumenten die de ziekenhuizen aanhalen om geen geïnterneerden op te nemen zijn:

- het probleem van de juridische aansprakelijkheid van de instelling of directie bij bijvoorbeeld acting-out of vluchtgedrag¹¹¹;
- de vrees dat de aanwezigheid van geïnterneerden storend zou werken ten opzichte van de andere patiënten en hun families¹¹²;
- het probleem van de betaling van het remgeld door de geïnterneerden zelf en de laattijdige betalingen door het ministerie van justitie¹¹³;
- het gevoel dat de ziekenhuizen in hun therapeutische vrijheid beperkt worden door hun afhankelijkheid van de CBM's¹¹⁴;

Franse Gemeenschap). In het zuiden van het land wordt bijgevolg niet vaak beroep gedaan op andere reguliere psychiatrische inrichtingen.

¹⁰⁷ S. DE VUYSERE, *l.c.*, in druk.

¹⁰⁸ C. MUYS en M. VANDENBROUCKE, "Hoe en onder welke voorwaarden zouden de psychiatrische inrichtingen kunnen bijdragen tot een andere aanpak van de internering?", *Vl. T. Gez.* 1991-'92, 65.

¹⁰⁹ S. DE VUYSERE, *Internering in België: knelpunten en mogelijke verbeteringen*, onuitg., Licenciaatsverhandeling Criminologische Wetenschappen, KULeuven, 1996-'97, 39.

¹¹⁰ C. MUYS en M. VANDENBROUCKE, *l.c.*, 67.

¹¹¹ P. COSYNS, D. DE DONCKER en C. DILLEN, "De geïnterneerden en hun behandeling", in J. CASSELMAN, P. COSYNS e.a. (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 79.

¹¹² J. DE WIT, "Zestig jaar: geen commissies meer (van) doen", *Alert*, 1990, afl. 3, 31.

¹¹³ P. COSYNS, C. DILLEN e.a., "Behandelingsmogelijkheden van geïnterneerden in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen", in F. LAMPAERT (ed.), *Gevangenis en samenleving II*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1994, 86.

¹¹⁴ J. DE WIT, *l.c.*, 31

- de houding van de inrichtingen die omwille van eerdere negatieve ervaringen met geïnterneerden meer en meer een vrij strenge selectie doorvoeren¹¹⁵;
- de vrees voor de reputatie van het ziekenhuis¹¹⁶;
- de chroniciteit van patiënten, wat in schril contrast staat met de tendens binnen de geestelijke gezondheidszorg om vooral de behandelbare of geneesbare patiënten op te nemen en te streven naar kortere opnames¹¹⁷;
- ‘onbekend maakt onbemind’¹¹⁸;
- de gevaarlijkheidsgraad van bepaalde geïnterneerden en het feit dat de voorzieningen niet uitgerust zijn om ‘gevaarlijke’ individuen bij de andere patiënten op te nemen¹¹⁹;
- de geringe beschikbaarheid van informatie en vooral van up-to-date of therapiegerichte verslagen¹²⁰;
- de voorkeur om patiënten uit de regio op te nemen en de opvangpolitiek van de instelling.¹²¹

Echter ook aan de kant van de CBM's zouden meer mogelijkheden gecreëerd kunnen worden om geïnterneerden door te verwijzen naar algemene psychiatrische ziekenhuizen. Van overleg tussen de verschillende Commissies is weinig sprake, wat er toe leidt dat bepaalde ziekenhuizen zich vragen stellen bij de werking van de CBM's en wat ook zorgt voor een ongelijke spreiding van geïnterneerden in psychiatrische ziekenhuizen.¹²² Bovendien blijven sommigen de mening toebedeeld dat geïnterneerden, om aan het rechtsgevoel van de

¹¹⁵ P. COSYNS, D. DE DONCKER en C. DILLEN, “De geïnterneerden en hun behandeling”, in J. CASSELMAN, P. COSYNS e.a. (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 79.

¹¹⁶ S. DE VUYSERE, *o.c.*, 40

¹¹⁷ P. COSYNS, C. DILLEN e.a., “Behandelingsmogelijkheden van geïnterneerden in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen”, in F. LAMPAERT (ed.), *Gevangenis en samenleving II*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1994, 83.

¹¹⁸ M. VANDENBROUCKE, *l.c.*, 34.

¹¹⁹ P. COSYNS, C. DILLEN e.a., “Behandelingsmogelijkheden van geïnterneerden in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen”, in F. LAMPAERT (ed.), *Gevangenis en samenleving II*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1994, 77.

¹²⁰ *Ibid.*, 87.

¹²¹ S. DE VUYSERE, *o.c.*, 39-40.

¹²² P. COSYNS, D. DE DONCKER en C. DILLEN, “De geïnterneerden en hun behandeling”, in J. CASSELMAN, P. COSYNS e.a. (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 80.

maatschappij tegemoet te komen, ondanks hun ontoerekenbaarheid, in een eerste fase best in een gevangenisstructuur verblijven.,¹²³

Bovenstaande problemen zijn niet nieuw. Ze dateren van vóór er sprake was van de oprichting van forensisch psychiatrische eenheden of afdelingen. De geïnterneerden die werden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis behoorden toen in grote mate tot wat nu als de ‘lage veiligheidsgroep’ wordt omschreven. En hoewel de FPA’s net zijn opgericht om de doorstroming vanuit het penitentiaire milieu naar de reguliere hulpverlening te vergemakkelijken - waarbij men ook de risico- of veiligheidsfactor wenst terug te brengen van van ‘medium’ naar ‘laag’ - is het niet ondenkbaar dat dezelfde weerstanden opduiken wanneer de FPA’s hun patiënten willen doorverwijzen. Het is evenmin uitgesloten dat nieuwe bezwaren opduiken of dat het label ‘medium veiligheidsgroep’ bepaalde zorgvoorzieningen afschrikt.

1.4 Besluit

Lang niet alle geïnterneerden horen thuis in de bestaande overheidsvoorzieningen ingericht ter bescherming van de maatschappij. Dit blijkt niet alleen uit hun aanwezigheid in reguliere psychiatrische voorzieningen of ambulante hulpverleningscentra, het staat ook aangegeven in de huidige wetgeving. De overheid bleef echter lange tijd in gebreke wat betreft het voorzien van bijkomende middelen voor de opvang van geïnterneerden in reguliere voorzieningen.

Recent werden nieuwe stappen ondernomen. Het eindrapport van de Commissie Internering kan hierbij als keerpunt worden beschouwd. Zij stelde onder andere, op vlak van de uitvoering van de interneringsmaatregel, voor door middel van een tweesporenbeleid, waarbij Justitie en Volksgezondheid elk hun verantwoordelijkheid opnemen, een aantal regionale netwerken van gespecialiseerde voorzieningen voor geïnterneerden uit te bouwen. Als belangrijkste missing link werd gewezen op het ontbreken van enkele forensisch psychiatrische afdelingen. Echter niet als enige.

Vier jaar later zijn reeds heel wat veranderingen op touw. Er liggen twee wetsontwerpen klaar, waarvan één de CBM’s in hun huidige vorm, samen met de commissies

¹²³ X, “Een eenheid voor forensische psychiatrie in een psychiatrisch ziekenhuis: utopie en realiteit”, *Panopticon*, 1994, 85.

voor voorwaardelijke invrijheidsstelling, ombouwt naar een Commissie voor de voorwaardelijke invrijheidsstelling van veroordeelde gedetineerden en opvolging van geïnterneerden. In deze laatste zou, wanneer het geïnterneerden betreft, een assessor sociale reïntegratie zetelen. Hetzelfde geldt voor de nieuwe Hoge Commissies. Het andere wetsontwerp versoepelt de mogelijkheid om de interneringsmaatregel in een reguliere psychiatrische voorziening uit voeren: er dient gekozen te worden in het belang van de geïnterneerde. Bovendien wordt expliciet vermeld dat de beveiligingsmaatregel tot doel heeft de geïnterneerden de zorgen te verstrekken die hun toestand vereist, met het oog op hun reïntegratie in de maatschappij. De oprichting van het POKO zal toelaten de nodige expertise inzake forensische psychiatrie op te bouwen, en het centrum zou taken op zich nemen op vlak van adviesverlening inzake de geschikte plaats voor de tenuitvoerlegging van de interneringsmaatregel.

Maar ook op het vlak van het zorgaanbod is verbetering merkbaar: in verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen zijn inmiddels forensisch psychiatrische afdelingen opgericht waar geïnterneerden behorend tot de ‘medium veiligheidsgroep’ kunnen worden opgenomen en behandeld. Het betreft pilootprojecten van enerzijds het Ministerie van Justitie en anderzijds het Ministerie van Volksgezondheid. Een partnerschap tussen beide aangaande de zorg voor geïnterneerden is vooralsnog geen realiteit. De FPA’s hebben de opdracht gekregen zelf initiatieven te nemen om een zorgcircuit uit te bouwen. Hiervoor zijn samenwerking, overleg en kennis van het bestaande aanbod belangrijke bouwstenen. Organisatorisch kunnen zowel intern als extern netwerken tot stand worden gebracht. Deze bieden mogelijkheden voor de doorverwijzing van geïnterneerden buiten de afdeling, maar ook buiten de instelling. Toch dient men zich bewust te zijn van de invloed die de komst van de FPA’s kan hebben op reeds bestaande netwerken, immers opnieuw zijn geen middelen voorzien voor de instellingen die zich in het verleden bereid hebben getoond om geïnterneerden uit de ‘lage veiligheidsgroep’ op te nemen. Bij de uitbouw van de een gespecialiseerd netwerk en circuitvorming, wordt verder gepleit voor een goede integratie in de reeds bestaande hulpverlening, voldoende differentiatie en wetenschappelijke begeleiding en evaluatie. Wanneer we de FPA’s een plaats geven in het veld van de geestelijke gezondheidszorg, dan zijn deze te situeren op het derde echelon

De nieuwe inzet op vlak van de zorg voor geïnterneerden kan niet verhinderen dat reguliere voorzieningen heel wat bezwaren opwerpen wanneer de vraag tot doorverwijzing van geïnterneerden wordt gesteld. Uitgaande van de ‘lage veiligheidsgroep’ geïnterneerden, lijken elementen als de juridische aansprakelijkheid, vrees voor een storende invloed, vroegere negatieve ervaringen, de chroniciteit van de populatie, de geringe beschikbaarheid van actuele verslagen, enzovoort immers belangrijke belemmeringen te vormen bij het overwegen van een opname. Het is weinig waarschijnlijk dat dergelijke problemen niet opduiken wanneer de vraag naar doorverwijzing van een geïnterneerden vanuit een FPA wordt gesteld, immers deze dragen het label van de ‘medium veiligheidsgroep’.

HOOFDSTUK 2 DOORVERWIJZING VAN TERBESCHIKKINGGESTELDEN VANUIT EEN TBS-KLINIEK

Voor we overgaan tot het kwalitatieve luik omtrent de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een forensisch psychiatrische afdeling, nemen we een kijkje bij de noorderburen. Nederland hanteert, net als België, een afwijkende maatregel voor de bejegening van plegers van misdrijven die ontoerekenbaar worden bevonden, de terbeschikkingstelling (TBS). In tegenstelling tot in België zijn er heel wat voorzieningen voor de behandeling van wie ter beschikking wordt gesteld, in de eerste plaats de TBS-inrichtingen. Straks lichten we toe welke mogelijkheden en moeilijkheden zich aanbieden op vlak van doorverwijzing vanuit deze voorzieningen. Vooraf gaan we in op de TBS-maatregel zelf en enkele kenmerken van de TBS-populatie.

2.1 De maatregel

De terbeschikkingstelling (oorspronkelijk ter beschikking stelling van de regering: TBR) maakt deel uit van het Nederlandse strafrecht sinds 1928. De ‘psychopatenwetten’ introduceerden de mogelijkheid om zowel volledig ontoerekeningsvatbare als verminderd toerekeningsvatbare daders ter beschikking van de regering te stellen en te verplegen wanneer het belang van de openbare orde dat vereist. Voordien werden enkel ontoerekeningsvatbare plegers van misdrijven, door middel van een plaatsing, in een psychiatrische inrichting opgenomen.¹²⁴ In 1988 werd de TBR-regeling grondig hervormd en ging men spreken van de TBS-maatregel. In 1997 volgden nieuwe wettelijke aanpassingen.

De primaire doelstelling bij het opleggen van de TBS is de beveiliging van de maatschappij. Om de maatschappij op korte termijn te beveiligen verblijft de betrokkene in de gesloten kliniek. Beveiliging van de maatschappij op langere termijn wordt gerealiseerd door behandeling gericht op het voorkomen van herhaling van het misdrijf in de toekomst.¹²⁵ Hierin

¹²⁴ C. DE RUITER, “De terbeschikkingstelling” in P. VAN KOPPEN, D. HESSING, H. MERCKELBACH en H. CROMBAG (eds.), *Het recht van binnen. Psychologie van het recht*, Deventer, Kluwer, 2002, 991.

¹²⁵ J. VAN VLIET, “Onderzoek naar kwaliteit in de TBS en relatie met de algemene geestelijke gezondheidszorg”, *Proces*, 2001, 59.

ligt de tweede doelstelling besloten: de behandeling van de veroordeelde en de voorbereiding op diens terugkeer in de maatschappij.¹²⁶

De TBS-maatregel is in drie wetten vastgelegd: de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (beginselenwet TBS), het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering. De Beginselenwet TBS regelt de rechten en plichten van TBS-gestelden binnen de kliniek: de interne rechtspositie. Het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering regelen de externe rechtspositie.¹²⁷

De rechter kan een TBS-maatregel opleggen aan een verdachte bij wie tijdens het plegen van een feit een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestesvermogens bestond, indien:

- het door hem begane feit een misdrijf is waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaar of meer is gesteld, of indien het een van de specifieke feiten betreft vermeld in art. 37a, lid 1,1° Sr.;¹²⁸
 - de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist;
- en
- nadat hij een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies heeft doen overleggen van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines - waaronder een psychiater - die de betrokkene hebben onderzocht.¹²⁹

Om over te gaan tot een TBS-maatregel moet het verband tussen de stoornis, het begane strafbare feit en het geschatte recidiverisico van de dader worden aangetoond middels rapportage.¹³⁰ Wanneer het voorgelegd advies eerder dan een jaar voor de terechtzitting werd gedagtekend, kan de rechter er slechts gebruik van maken met instemming van het openbaar ministerie en de verdachte.

¹²⁶ J. GOETHALS, "De wet ter bescherming van de maatschappij in België", *Justitiële Verkenningen*, 1993, afl. 3, 131.

¹²⁷ DIENST JUSTITIËLE INRICHTINGEN, *TBS, een bijzondere maatregel*, Den Haag, 1998, 8.

¹²⁸ De TBS-maatregel wordt dan ook beschouwd als een maatregel die wordt opgelegd naar aanleiding van ernstige feiten.

¹²⁹ Art. 37a, Wetboek van Strafrecht.

¹³⁰ H. VAN MARLE, "TBS op maat. Een overzicht van de discussie", *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 43.

De TBS kent verschillende wettelijke modaliteiten. Belangrijk is of de rechter wel of niet een 'bevel tot verpleging'¹³¹ oplegt. Oplegging van een dergelijk bevel impliceert dat de betrokkene gedwongen wordt opgenomen in een inrichting aangewezen door de Minister van Justitie (de zogenaamde TBS-kliniek): een rijksinrichting, of bij voorkeur een particuliere inrichting.¹³² De intramurale verpleging is een dwangverpleging en dient om de maatschappelijke veiligheid te waarborgen zolang er sprake is van gevaarlijkheid bij de terbeschikkinggestelde.

TBS met bevel tot verpleging wordt in eerste instantie opgelegd voor een termijn van twee jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de rechterlijke uitspraak, waarbij zij is opgelegd, onherroepelijk is geworden. Deze termijn kan door de rechter verlengd worden, indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dit vereist. Verlenging is tweemaal mogelijk voor een periode van telkens een jaar, ofwel eenmaal voor een periode van twee jaar.¹³³ De TBS met bevel tot verpleging duurt in ieder geval maximaal vier jaar (gemaximeerde TBS). Ingeval de maatregel is opgelegd naar aanleiding van een misdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meerdere personen, mag TBS de maximumduur van vier jaar overschrijden en dient een rechter telkens opnieuw te oordelen over een eventuele verlenging.¹³⁴

Sinds 1997 kan de rechter de TBS met bevel tot verpleging voorwaardelijk beëindigen. Deze modaliteit vervangt de voorwaardelijke beëindiging door de Minister van Justitie. De maximale termijn van voorwaardelijke beëindiging is drie jaar en deze mogelijkheid kan gevraagd worden op initiatief van de rechter, de officier van justitie of de terbeschikkinggestelde zelf. Zowel vanuit de TBS-inrichting als vanuit een eventueel proefverlof kan er worden overgegaan tot voorwaardelijke beëindiging. De beslissing wordt genomen op basis van een resocialisatieplan, dat door de TBS-inrichting en de reclassering¹³⁵ wordt opgesteld. Voorwaardelijke beëindiging onderscheidt zich van een proefverlof, in die zin dat bij voorwaardelijke beëindiging de terbeschikkinggestelde formeel moet instemmen met de voorwaarden en dat het bevel tot verpleging is opgeheven.¹³⁶

¹³¹ Art. 37b, Wetboek van Strafrecht.

¹³² Art. 37d, Wetboek van Strafrecht.

¹³³ Art. 38d, Wetboek van Strafrecht.

¹³⁴ S. DE VUYSERE, *o.c.*, 46.

¹³⁵ Op de rol van de reclassering wordt later ingegaan.

¹³⁶ A. SINS, "Transmurale behandeling van gedetineerden", *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2001, 983.

Naast een TBS met bevel tot verpleging kan de rechter eveneens een TBS-maatregel met voorwaarden opleggen.¹³⁷ Deze modaliteit kwam sinds 1997 in de plaats van de eerder weinig gebruikte TBS met aanwijzing (TBSa).¹³⁸ Ze is slechts mogelijk wanneer de betrokkene volmondig met de voorwaarden instemt. De TBS-gestelde wordt dan niet in een gesloten tbs-kliniek opgenomen, maar moet zich bijvoorbeeld laten behandelen in een regulier psychiatrisch ziekenhuis. Het gaat daarbij om andere ziekenhuizen dan de niet-justitiele forensisch psychiatrische ziekenhuizen.¹³⁹ De voorwaarden kunnen verder inhouden dat de betrokkene zich onder behandeling van een psychiater stelt of door de behandelende arts voorgeschreven geneesmiddelen inneemt. Als de TBS-gestelde zich niet aan de voorwaarden houdt, dan staan hem sancties te wachten. In dit geval is het mogelijk de maatregel om te zetten in een TBS met bevel tot verpleging.¹⁴⁰

Een belangrijk verschilpunt met de situatie in België dat vermelding verdient, is de mogelijkheid om naast een maatregel ook een straf op te leggen. Immers wanneer een rechter een verdachte *verminderd toerekeningsvatbaar*¹⁴¹ acht, kan hij, mits in acht name van bovengenoemde voorwaarden, opteren voor een TBS-maatregel of voor de combinatie van een TBS-maatregel en een gevangenisstraf.¹⁴² Sinds de wijzigingen omtrent de TBS-maatregel in 1997 gaat in dit laatste geval de opname in verpleging/behandeling in na beëindiging van één derde van de gevangenisstraf.

2.2 De populatie

Bij het aanschouwen van de omvang van de groep TBS-gestelden de laatste dertig jaar, blijkt dat deze in de jaren zeventig fel afnam, om daarna opnieuw toe te nemen en vanaf 1997 zelfs de piek van de 1000 te overschrijden. Opleggingen en beëindigingen hielden elkaar tijdens de periode van 1975 tot 1990 in grote mate in evenwicht. Daarna blijkt het aantal beëindigingen

¹³⁷ Art. 38, Wetboek van Strafrecht.

¹³⁸ De TBS met aanwijzing verving in 1988 de voorwaardelijke TBR.

¹³⁹ Zie 2.2.

¹⁴⁰ Art. 38c, Wetboek van Strafrecht.

¹⁴¹ We merken op dat in het nieuwe wetsontwerp omtrent de internering van delinquenten met een geestesstoornis dat op goedkeuring door de Kamer van Volksvertegenwoordigers wacht (zie 1.1.3.1), eveneens een gradatie in de mate van toerekenbaarheid wordt voorzien.

¹⁴² J. VERHAGEN, "Justitieel gezondheidszorgbeleid: waarom een psychiatrisch adviseur?", in H. VAN MARLE, en C. VAN ESCH, (eds.), *Werk in uitvoering: penitentiaire forensische psychiatrie. Liber amicorum voor Jacques Eizenga*, Deventer, Gouda Quint, 1998, 122.

sterk te zijn afgenomen, terwijl het aantal opleggingen in stijgende lijn ging.¹⁴³ Op 1 juli 2002 bedroeg het totale aantal terbeschikkinggestelden reeds 1353. De overgrote meerderheid kreeg een bevel tot verpleging opgelegd (1238) en bevond zich onder de hoede van een TBS-inrichting.¹⁴⁴ Dit kan zowel een justitiële rijksinrichting (4), een particuliere inrichting die een contract heeft met het ministerie van Justitie (5) als een niet-justitiële forensisch psychiatrische ziekenhuis (4) zijn. Deze laatste vallen onder de Geestelijke Gezondheidszorg (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).¹⁴⁵

Op basis van beschikbare empirische gegevens, afkomstig van de bij het voormalig Meijers Instituut ondergebrachte afdeling Monitoring TBS en Research, gaven VAN EMMERIK en BROUWERS¹⁴⁶ een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de populatie terbeschikkinggestelden in de periode 1995-2000. Hieruit blijkt dat slechts 5% van de TBS-gestelden vrouw zijn. Verder stellen ze vast dat de meerderheid van de totale populatie (83%) in de leeftijdscategorie tussen 20 en 44 jaar valt. De gemiddelde leeftijd bij oplegging van de maatregel is 30 jaar.¹⁴⁷ We stellen vast dat er wat betreft de geslachtverdeling en de gemiddelde leeftijd bij oplegging van de maatregel weinig verschil blijkt met de situatie in Vlaanderen.¹⁴⁸ Het tweede Interdepartementaal Beleidsonderzoek Terbeschikkingstelling in 1997 bepaalde dat de gemiddelde intramurale behandelduur op dat moment ongeveer 7 jaar bedroeg.¹⁴⁹ Hier kan de vergelijking echter niet zomaar gemaakt worden met de duur van de interneringsmaatregel, immers behandeling hoeft niet steeds intramuraal te gebeuren.

¹⁴³ J. VAN EMMERIK, "De last van het getal. Een overzicht in cijfers van de maatregel tbs", *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 9-11.

¹⁴⁴ J. VAN EMMERIK, *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Enkele gegevens over de TBS-populatie in de periode 1995-2000*, onuitg., 8-08-2002.

¹⁴⁵ C. DE RUITER, *l.c.*, 992.

¹⁴⁶ J. VAN EMMERIK en M. BROUWERS, *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*, Den Haag, Ministerie van Justitie, 2001, 173p.

¹⁴⁷ C. DE RUITER, *l.c.*, 992.

¹⁴⁸ Zie: 1.1.2b.

¹⁴⁹ WERKGROEP INTERDEPARTEMENTAAL BELEIDSONDERZOEK TERBESCHIKKINGSTELLING, 'Over stromen' in-, door-, en uitstroom bij de TBS, *IBO-ronde 1997, rapport nr.10*, s.l., Ministerie van Justitie, 1998, 5.

Wat de aard van de delicten betreft, valt een evolutie op: sedert de jaren tachtig is de groep TBS-gestelden die geen geweldsdelict gepleegd hebben goeddeels verdwenen.¹⁵⁰ VAN EMMERIK en BROUWERS stellen dat de delicten naar aanleiding waarvan een TBS-maatregel wordt opgelegd voor 98% gewelddelicten zijn, al dan niet met een seksuele of vermogenscomponent. Bijna drie op de tien TBS-gestelden heeft een seksueel delict gepleegd en bij ongeveer 10% is sprake van brandstichting.¹⁵¹

Deze resultaten vergelijken met deze uit het onderzoek van DE VUYSERE¹⁵² voor Vlaanderen levert weinig aanknopingspunten. Wat onder de geweldscomponent wordt verstaan, is in dit laatste onderzoek niet duidelijk. Bovendien dienen we te wijzen op verschillen op vlak van wetgeving. Niettemin is opmerkelijk dat in beide gevallen voor bijna drie op de tien sprake is van een seksueel delict. Ondanks de verschillen in uitvoering en operationalisering tussen beide onderzoeken, blijkt ook dat in geval van TBS, iets vaker dan bij internering, sprake is van branddelicten of brandstichting. Aangaande de mate van toerekenbaarheid is er in Nederland tijdens de periode 1995-2000 een dubbele verschuiving merkbaar. Enerzijds daalt het percentage volledig ontoerekenbare daders, zoals geoordeeld door de rechter, van 31% tot 17%. Anderzijds stijgt op basis van het rechterlijk vonnis het percentage verminderd toerekenbare daders van 39% tot 53%.¹⁵³

Ingaand op de ziektebeelden, stellen we opnieuw een verschuiving in de populatie vast. Van oudsher werd de TBS-maatregel toegespitst op mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Rond 1970 gold de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' voor niet minder dan 90% van de TBS-populatie. In de daarop volgende decennia nam dit percentage geleidelijk af.¹⁵⁴ VAN EMMERIK EN BROUWERS wijzen erop dat in de periode 1995-2000 bovenstaande diagnose bij 75 à 80% van de TBS-populatie werd gesteld, waarbij de stoornissen uit het zogenaamde B-cluster overheersen (antisociaal, narcistisch, borderline, teatraal).¹⁵⁵ Combinaties van As-I en As-II problemen komen bij zes op de tien TBS-gestelden voor.

¹⁵⁰ J. VAN EMMERIK, "De last van het getal. Een overzicht in cijfers van de maatregel tbs", *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 12-14.

¹⁵¹ J. VAN EMMERIK en M. BROUWERS, *o.c.*, 47.

¹⁵² S. DE VUYSERE, *l.c.*, in druk

¹⁵³ J. VAN EMMERIK en M. BROUWERS, *o.c.*, 48.

¹⁵⁴ E. LEUW, "Behandelen", in E. LISSEBERG, B. VAN RULLER en R. VAN SWAANINGEN (eds.), *Tegen de regels III. Een inleiding in de criminologie*, Nijmegen, Ars Aequi Libri, 1999, 285-286.

¹⁵⁵ J. VAN EMMERIK en M. BROUWERS, *o.c.*, 66.

Daarbij gaat het vooral om combinaties van een psychotische stoornis met een persoonlijkheidsstoornis en persoonlijkheidsstoornis met een stoornis gerelateerd aan alcohol- en/of drugsmisbruik.¹⁵⁶ Sinds de jaren tachtig stelt men overigens een relatieve toename vast van het aantal TBS-gestelden met een psychotisch stoornis in de TBS-klinieken.¹⁵⁷ Tijdens het onderzoek naar terbeschikkinggestelden in de periode 1995-2000, bleek één op vier van hen een psychotische stoornis te hebben.¹⁵⁸ Ook is er een aanzienlijke groei van het aantal TBS-gestelden met verslavingsproblemen.¹⁵⁹ VAN EMMERIK wijst erop dat twee derde van de TBS-populatie ten tijde van het delict aan één of meerdere middelen verslaafd is of deze intensief gebruikt en ongeveer een derde in de categorie met een IQ tot 90 valt.¹⁶⁰

Vanwege de diepgaande verschillen betreffende het onderzoek naar psychiatrische diagnosestelling bij geïnterneerden en TBS-gestelden, kunnen we weinig vergelijkingen rechtvaardigen. We wezen reeds op het feit dat de besproken onderzoeken in België enkel oog hadden voor de hoofddiagnose. We wagen ons dan ook niet verder dan te stellen dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis mogelijkwijze vaker naar voren komt bij onderzoek naar het ziektebeeld bij TBS-gestelden dan bij geïnterneerden.

2.3 Uitstroom uit de TBS-inrichtingen

Daar een TBS-inrichting, net zoals een FPA, als een derdelijnsvoorziening kan beschouwd worden, lijkt het aangewezen de mogelijkheden en moeilijkheden ervaren bij de doorverwijzing van terbeschikkinggestelden uit een dergelijke inrichting nader onder de loep te nemen. Immers straks komt dezelfde vraag aan bod wat betreft de Belgische situatie. In Nederland bestaat trouwens een veel langere behandeltraditie dan in België op dit vlak. We proberen de verschillende doorverwijsinstanties te duiden en gaan hierbij uit van het project 'Actie-plan uitstroom TBS', zoals weergegeven door VAN VLIET in 1998.¹⁶¹ Eerst schetsen we echter een globaal beeld van de evoluties op vlak van de uitstroom uit de TBS-inrichtingen.

¹⁵⁶ C. DE RUITER, l.c., 992.

¹⁵⁷ J. VAN EMMERIK, "De last van het getal. Een overzicht in cijfers van de maatregel tbs", *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 12-13.

¹⁵⁸ J. VAN EMMERIK en M. BROUWERS, o.c., 15.

¹⁵⁹ J. VAN VLIET, *Verslag van het project "actieplan uitstroom TBS"*, s.l., Ministerie van Justitie, 1998, 37.

¹⁶⁰ J. VAN EMMERIK, "De last van het getal. Een overzicht in cijfers van de maatregel tbs", *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 13.

¹⁶¹ J. VAN VLIET, o.c., 128p.

2.3.1 Relatie TBS-inrichtingen en reguliere zorgvoorzieningen

De wereld van de hulpverlening en die van justitie hebben altijd wat onwennig tegenover elkaar gestaan. Daar waar het voor de hand liggend lijkt de handen in elkaar te slaan, is in het verleden nogal gebleken dat beide werelden verkiezen elkaar de rug toe te keren en bepaalde cliëntèle naar elkaar door te spelen, op een weinig constructieve manier.¹⁶² Zo zou men er vanuit justitiële kant bijvoorbeeld weinig begrip voor kunnen opbrengen dat de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg cliënten slechts toelaten op basis van hun motivatie om iets aan hun problematiek te doen. Minder gemotiveerde cliënten, waaronder veel justitiabelen, dreigen bijgevolg uit de boot te vallen. Binnen de wereld van de GGZ-medewerkers leeft dan weer de idee dat justitiemedewerkers minder opgeleid en deskundig zijn en ze verwijten de justitiële instellingen zich alleen te melden als de eigen mogelijkheden te kort schieten.¹⁶³ De relatie valt op zijn minst als niet optimaal te omschrijven.

Sinds begin jaren '90 stelt men in Nederland echter een kentering vast en werden -mede dankzij de opkomst van een actiever en meer financieel bewuste overheid- aanzetten gegeven om via overleg en toenadering de verhouding op een meer constructieve manier inhoud te geven. In 1991 verscheen de regeringsnota 'TBS, een bijzondere maatregel; de concurrentie tussen beveiliging, behandeling en bescherming van de rechtspositie'. Een enquête ter voorbereiding hiervan wees er op dat bijna de helft van de TBS-gestelden, na hun verblijf in een TBS-kliniek langdurig op algemene zorgvoorzieningen aangewezen zou blijven, hetzij in beschermde woonvormen (30%), hetzij in algemene psychiatrische ziekenhuizen (16%). Zodoende werd duidelijk dat het bevorderen van de uitstroom vanuit de TBS-inrichtingen naar algemene zorgvoorzieningen een belangrijke beleidsdoelstelling diende te zijn.¹⁶⁴

Bovendien was de druk op de TBS-inrichtingen de laatste jaren erg toegenomen: er was een sterke toename merkbaar in het aantal jaarlijkse opleggingen van de TBS-maatregel; de intra-murale behandelduur bleek langer dan verwacht (bijna zeven jaar); de uitstroom uit de

¹⁶² J. CARPAY, M. HULS en T. VAN IERSEL, "Het slechten van de barrières tussen Justitie en Geestelijke Gezondheidszorg", in T. OEI en M. GROENHUIJSEN (eds.), *Forensische Psychiatrie anno 2000. Actuele ontwikkelingen in breed perspectief*, Deventer, Gouda Quint, 2000, 182.

¹⁶³ *Ibid.*, 183.

¹⁶⁴ J. VAN EMMERIK, "De last van het getal. Een overzicht in cijfers van de maatregel tbs", *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 21

TBS was beperkt; de groep TBS-passanten die in afwachting van verpleging in een Huis van Bewaring verbleven groeide en de wachttijden namen toe.¹⁶⁵ Voor het eerst werd en wordt dan ook zelfstandige en toegespitste aandacht aan de uitstroom uit TBS-inrichtingen geschonken.¹⁶⁶ Hierbij beschouwt men de uitstroom als manipuleerbare factor om met de capaciteitsproblemen om te springen. Niet langer de TBS-maatregel maar wel het traject van de patiënt komt centraal te staan. Dit focussen op de uitstroom stelt echter hoge eisen aan de beschikbaarheid en kwaliteit van vervolgvoorzieningen en vraagt om intensieve samenwerking tussen de TBS-klinieken en die vervolgvoorzieningen. Het is overigens belangrijk de aandacht voor de uitstroom te kaderen binnen het volledige TBS-plaatje. Een eenzijdige en exclusieve focus op de uitstroom kan dan leiden tot nieuwe problemen.¹⁶⁷

Het bevorderen van de mogelijkheden voor opname in algemene voorzieningen heeft er toe geleid dat een aantal forensisch psychiatrische afdelingen¹⁶⁸ werden opgericht in bepaalde ziekenhuizen en dat plaatsen werden ingekocht in de Regionale Instellingen voor Beschut Wonen. Zodoende is het TBS-veld ook transmurale voorzieningen gaan ontwikkelen die het mogelijk maken patiënten via een min of meer beschermende of gecontroleerde tussenfase terug te begeleiden naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan in de maatschappij.¹⁶⁹ Tevens werden initiatieven genomen op vlak van financiering, werden cursusmogelijkheden voor het overdragen van de knowhow onderzocht en werd een regeling betreffende terugnamegaranties voor tijdelijke opnames voorbereid.¹⁷⁰

Dit alles heeft evenwel niet kunnen verhinderen dat ook vandaag de doorverwijzing van TBS-gestelden vanuit een TBS-kliniek naar de reguliere zorgsector geen sinecure blijkt. Een en ander wordt duidelijk bij het bespreken van het project ‘Actie-plan Uitstroom TBS’.

¹⁶⁵ X., “Voorwoord”, *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 5.

¹⁶⁶ J. VAN VLIET, *o.c.*, 128p.

¹⁶⁷ M. GROENHUIJSEN, “Forensische psychiatrie en strafrecht anno 2000”, in T. OEI en M. GROENHUIJSEN (eds.), *Forensische Psychiatrie anno 2000. Actuele ontwikkelingen in breed perspectief*, Deventer, Gouda Quint, 2000, 7-9.

¹⁶⁸ Deze zijn evenwel niet zomaar gelijk te schakelen aan de forensisch psychiatrische afdelingen zoals ze recentelijk zijn uitgebouwd in Vlaanderen en Brussel.

¹⁶⁹ J. VAN VLIET, “Het omgevingsveld van de TBS-kliniek”, in T. OEI en M. GROENHUIJSEN (eds.), *o.c.*, 172.

¹⁷⁰ J. VAN EMMERIK, “TBS met verpleging”, in J. FOKKENS, E. HOFSTEE, H. VAN MARLE, e.a. (eds.), *Overheid en patiënt: ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Arnhem, Gouda Quint, 1993, 200.

2.3.2 het project ‘Actie-plan Uitstroom TBS’

Het project kwam er naar aanleiding van de eerder vermelde toegenomen druk op de TBS-inrichtingen en de behoefte van de het Ministerie van Justitie om te zien of de intramurale behandelduur van de TBS verantwoord kon worden verkort door de uitstroombmogelijkheden uit de klinieken te verbeteren.¹⁷¹ Hierbij werd uitgegaan van het onderscheid dat VAN EMMERIK in 1995 aanbracht in de groepen TBS-gestelden voor wat betreft de noodzakelijke zorg na de intramurale behandelduur¹⁷²:

- | | |
|---|---------|
| - zeer langdurig verblijf in het TBS-veld | ca. 13% |
| - aangewezen op beschermde woonvorm, of een dergelijke vorm van begeleiding | ca. 35% |
| - langdurig verblijf intramuraal in GGZ | ca. 19% |
| - zelfstandig terug in de samenleving | ca. 33% |

Ongeveer 54% van de TBS-gestelden zou na hun verblijf in de TBS-kliniek aangewezen zijn op een vervolgvoorziening. Daarvoor zijn echter niet genoeg plaatsen beschikbaar. Voorlopig probeert men dit op te lossen door in een aantal gevallen plaatsen in te kopen binnen reguliere voorzieningen. Dit schept een weinig flexibele situatie en moet als experimenteerfase worden beschouwd. Een bijkomend probleem situeert zich op vlak van de proefverloven: in de periode van 1994 tot en met 1997 keerden gemiddeld ruim 30% van de TBS-gestelden die met proefverlof gingen, terug naar de TBS-kliniek wegens het intrekken of mislukken van dit proefverlof.¹⁷³

De uitvoering van het project van VAN VLIET was gericht op: 1) het in beeld brengen van de reeds bestaande praktische mogelijkheden tot bevordering van de uitstroom; 2) het in beeld brengen van de praktische belemmeringen en hinderpalen bij de bevordering van de uitstroom en 3) het opstellen van plannen voor en met de klinieken om mogelijkheden te benutten en belemmeringen voor de uitstroom – voor zover praktisch mogelijk – op te heffen. Als afgeleide van deze doelstellingen zou kunnen blijken welke vormen van uitstroom wel

¹⁷¹ J. VAN VLIET, *o.c.*, 7.

¹⁷² J. VAN EMMERIK, “Kenmerken van ter beschikking gestelden: een follow up”, *Sancties*, 1995, 296-297.

¹⁷³ J. VAN VLIET, *o.c.*, 12.

gewenst, maar omwille van structurele redenen niet onmiddellijk praktisch aan te pakken zouden zijn.¹⁷⁴

Om inzicht in het voorgaande te krijgen werden met tien TBS-klinieken en met andere deskundigen interviews gehouden. Daarnaast werden cijfermatige gegevens met betrekking tot de aanmelding en plaatsing van TBS-gestelden bij vervolgvoorzieningen in 1996 en 1997 opgevraagd en verwerkt. Ook werd kennis genomen van jaarplannen en jaarverslagen van de klinieken en van relevante onderzoeken en literatuur ter zake. Op grond van een analyse van de verkregen gegevens werd inzicht verkregen in de ontwikkelingen in de bevordering van de uitstroom en in de huidige stand van zaken. Op basis daarvan werden een aantal aanbevelingen geformuleerd tot bevordering van de uitstroom.¹⁷⁵

2.3.2.1 Beschikbare vervolgvoorzieningen

Wij richten ons enkel op de vervolgvoorzieningen die een rol spelen bij de uitstroom uit de TBS-kliniek. Het grootste deel daarvan bevindt zich binnen het GGZ-circuit of is opgezet in eigen beheer van de klinieken. Uit het project bleek dat in 1996 en 1997 het meest een beroep werd gedaan op: de RIBW (28%), het APZ (27%), de FPA (21%) en gezinsvervangende zorg (10%). Echter voor een beperkt aantal kan ook thuislozenzorg een oplossing bieden.¹⁷⁶ Met betrekking tot de verschillende voorzieningen kunnen onderstaande conclusies worden weergegeven.

2.3.2.1.1 Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen

Volgens gegevens van de GGZ Nederland zijn er 44 specifieke forensisch psychiatrische plaatsen in RIBW's gepland, waarvan er ongeveer 30 operationeel zijn. Anders dan wat dikwijls wordt verondersteld, blijkt de diagnose persoonlijkheidsstoornis niet noodzakelijk een belemmerende factor te zijn voor een succesvolle plaatsing. De ervaringen van de TBS-klinieken met de RIBW zijn in het algemeen positief: een enkele kliniek heeft minder positieve ervaringen; deze lijken voort te komen uit de onvoldoende afstemming in verwachtingen tussen de kliniek en de RIBW. Overigens blijkt dat samenwerking van TBS-klinieken en RIBW's voor beide partijen een belang vertegenwoordigt: voor de TBS-klinieken

¹⁷⁴ J. VAN VLIET, *o.c.*, 11.

¹⁷⁵ J. VAN VLIET, *o.c.*, 11-12.

¹⁷⁶ J. VAN VLIET, *o.c.*, 13.

betekent het een mogelijkheid om patiënten te laten uitstromen, voor de RIBW's is de maatschappelijke reïntegratie de belangrijkste overweging om forensisch psychiatrische patiënten te begeleiden.¹⁷⁷ Voorwaarden voor een succesvolle plaatsing luiden: een goede samenwerkingsrelatie met de plaatsende kliniek (waaronder permanente beschikbaarheid voor overleg en een terugplaats-garantie voor de patiënt), een goede voorbereiding van de plaatsing, deskundigheidsbevordering en informatie-uitwisseling, opbouw van expertise en motivatie en inzet van de bewoner, medebewoners en personeel.¹⁷⁸

2.3.2.1.2 Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

Het APZ heeft zich de laatste jaren ontwikkeld tot een belangrijke uitstroomvoorziening voor TBS-gestelden, waar voorheen nauwelijks gebruik van werd gemaakt. De verminderde asielfunctie van het APZ leidt evenwel tot een knelpunt ten aanzien van de uitstroommogelijkheden. Daartegenover staat dat sinds de jaren '90 FPA's¹⁷⁹ zijn gecreëerd in verschillende algemeen psychiatrische ziekenhuizen om zorgintensieve plaatsen aan te bieden aan die patiënten die de zorg behoeven, maar voor wie opname in een forensisch psychiatrische kliniek of een TBS-kliniek niet langer noodzakelijk is, doch voor wie de reguliere zorg binnen een APZ (nog) niet toereikend wordt geacht.¹⁸⁰

2.3.2.1.3 Forensisch Psychiatrische Afdeling

De FPA kan beschouwd worden als een sluis tussen Justitie en de GGZ. Het doel van deze afdelingen is de patiënt te integreren in het gewone psychiatrische circuit, ook het ambulante. Belangrijk is dat de FPA tevens een voorlichtende taak wordt toegedicht om de naamsbekendheid van de forensische psychiatrie intern en extern te vergroten, waardoor de drempel tussen Justitie en de GGZ, en binnen het APZ lager wordt.¹⁸¹ Het aantal beschikbare plaatsen van de FPA's wordt vanaf 1998 uitgebreid van 40 naar 116. Hiervan zal een groter deel voor TBS-gestelden moeten gereserveerd worden. De taak en doelgroep van de FPA's is immers breder dan de opvang en behandeling van terbeschikkinggestelden. Opvallend is dat

¹⁷⁷ Het gaat hier niet alleen om de begeleiding van TBS-gestelden, ook andere gerechtscliënten kunnen een beroep doen op de RIWB's.

¹⁷⁸ J. VAN VLIET, *o.c.*, 45-48.

¹⁷⁹ zie 2.3.1.2 c.

¹⁸⁰ J. VAN VLIET, *o.c.*, 42.

¹⁸¹ J. VAN VLIET, *o.c.*, 44.

de ervaringen van de TBS-klinieken met de FPA afhankelijk blijken van regionale omstandigheden.¹⁸²

2.3.2.1.4 Het gezinsvervangende tehuis

Deze blijken voor een beperkte groep uitstromende TBS-gestelden beschikbaar te zijn, vooral dan voor verstandelijk gehandicapte patiënten.¹⁸³

2.3.2.1.5 Thuislozenzorg

De thuislozenzorg blijkt een jarenlange ervaring te hebben met het huisvesten en begeleiden van TBS-gestelden in de fase van proefverlof. Inmiddels hebben bepaalde instellingen samenwerkingsakkoorden afgesloten met thuislozenvoorzieningen. Het gaat om een laagdrempelige voorziening met een duidelijke structuur en beperkte, maar heldere verwachtingen ten aanzien van het gedrag van de TBS-gestelde. Het gebruik van deze voorzieningen is voor een groep TBS-gestelden met een beperkte sociale inbedding waardevol.¹⁸⁴

2.3.2.2. Andere voorzieningen

In de uitstroomfase spelen in Nederland ook de reclassering, forensisch psychiatrische poliklinieken en de forensisch psychiatrische circuits een rol.

De reclassering omvat drie instellingen: Reclassering Nederland, Afdeling Reclassering Leger des Heils en de Stichting Verslavingsreclassering. Vanuit de TBS-wetgeving krijgt de reclassering een formele functie toebedeeld op vlak van de uitstroom uit de TBS-inrichtingen. Hierbij gaat het vooral om taken op vlak van de proefverlofregeling: het ondersteunen van de voorbereiding ervan, het verlenen van advies, begeleiding en toezicht tijdens het proefverlof.¹⁸⁵ Reclassering Nederland is echter vrijwel de enige van de drie instellingen die deze taken uitvoert. Alle TBS-klinieken werken dan ook samen met de reclassering in de fase van de uitstroom. Toch kwam uit het project naar voor dat meerdere klinieken de rol van de reclassering als te marginaal of niet steeds helder beschouwen. Er werd

¹⁸² J. VAN VLIET, *o.c.*, 44.

¹⁸³ J. VAN VLIET, *o.c.*, 48.

¹⁸⁴ J. VAN VLIET, *o.c.*, 14 en 58-59.

¹⁸⁵ J. STEGEMAN, "Reclassering, het kompas binnen de forensische psychiatrie", in T. OEI en M. GROENHUIJSEN (eds.), *o.c.*, 140-141.

onder meer onduidelijkheid over de gewenste positie van de organisatie en een verminderde deskundigheid vastgesteld. Ook de communicatie tussen de reclasseringsdienst en het TBS-veld liet te wensen over. Ter compensatie van de verminderde aanwezigheid van de reclassering gingen sommige klinieken gebruik maken eigen voorzieningen, zoals brugteams of een forensische polikliniek. De reclassering tracht echter met een nieuw ontwikkeld beleid de verloren positie terug in te winnen. Of dit een reële optie is, moet nog blijken.¹⁸⁶

VAN VLIET stelt verder vast dat de forensisch-psychiatrische poliklinieken instaan voor een bijna landelijk dekkend gespecialiseerd aanbod aan therapie en training. Ze vervullen een brede functie in het veld van de forensische psychiatrie, maar benoemen ook expliciet hun functies bij de uitstroomfase van TBS-gestelden uit de inrichting. Dit gebeurt zowel op individueel patiëntniveau, als in de begeleiding en coaching van medewerkers van vervolgvoorzieningen. Het doel van het betrekken van de polikliniek bij de uitstroom ligt in het verkorten van de intramurale behandelduur en het faciliteren van de overgang van patiënten van de gesloten behandel situatie naar een meer vrije leefsituatie.¹⁸⁷

Ook forensisch psychiatrische circuitvorming vervult een rol bij de uitstroom. Hieronder worden samenwerkingsverbanden verstaan tussen partijen onderling en met aangrenzende velden, die tot doel hebben de zorg voor patiënten die om een vergelijkbare vorm van zorg vragen te verbreden en te verdiepen.¹⁸⁸ Op diverse plaatsen in Nederland zijn ze tot stand gekomen. De meeste TBS-klinieken maken deel uit van een forensisch psychiatrisch zorgcircuit en/of hebben hiertoe mee het initiatief genomen. In het algemeen lijkt de functie van overleg door de circuits beperkt tot het niveau van consult en casuïstiek over individuele patiënten en met de betrokken instanties. In hun werking en organisatie is echter vooralsnog geen eenheid gebracht en die lijkt wenselijk. VAN VLIET¹⁸⁹ stelt dat ze op korte termijn gestuurd zullen moeten worden in de richting waarin per regio een circuit ontstaat waarbinnen de verschillende noodzakelijke functies aanwezig zijn en de betrokken instellingen met elkaar verantwoordelijk zijn voor de totale forensisch-psychiatrische zorg. De forensisch psychiatrische klinieken zouden daarbinnen dan de functie van expertisecentrum en coördinatiepunt bekleden. Dit veronderstelt dat instellingen voldoende mandaat hebben om na

¹⁸⁶ J. VAN VLIET, *o.c.*, 52-58.

¹⁸⁷ J. VAN VLIET, *o.c.*, 48-51.

¹⁸⁸ J. VAN VLIET, *o.c.*, 60.

¹⁸⁹ J. VAN VLIET, *o.c.*, 128p.

indicatiestelling de noodzakelijke zorg toe te wijzen en uit te voeren. Op die manier vormen de circuits de transitiefase tussen de gespecialiseerde forensisch-psychiatrische zorg en de reguliere GGZ, waarin zorg op maat van de patiënt wordt geleverd in plaats van de patiënt op maat van de zorg.¹⁹⁰

2.3.2.3 Aanbevelingen

Aanbevelingen worden geformuleerd op kliniek-, regionaal en landelijk niveau. Allereerst zouden de TBS-klinieken een meer samenhangend zorgbeleid moeten ontwikkelen waarin, binnen een geïntegreerde visie, behandeling en rehabilitatie hand in hand gaan. Ook zou een inhoudelijk voldoende gedifferentieerd aanbod in de uitstroomfase moeten gerealiseerd worden, door de forensisch-psychiatrische poliklinieken eveneens een reclasseringserkenning te geven. Op regionaal vlak lijkt het noodzakelijk dat de TBS-klinieken een flexibele toegang hebben tot vervolgvoorzieningen in de GGZ. Daartoe dienen regionale circuits de verantwoordelijkheid te hebben voor de totale forensisch-psychiatrische zorg. Taken van de circuits zouden onder meer de volgende moeten zijn: het geven van consult, indicatiestelling en coördinatie en evaluatie van de zorg. Op landelijk niveau tenslotte richt VAN VLIET zijn aanbevelingen op de bevoegde overheidsdiensten. De aansturing van het veld van de forensische psychiatrie zou moeten bevorderd worden door de reeds ontstane samenwerking tussen de ministers van Justitie en VWS te vertalen in een kader voor een geïntegreerde zorgvisie door deze beide bevoegde ministers. In dit kader zouden een aantal hoofdlijnen kunnen worden vastgelegd voor de taakverdeling tussen TBS en GGZ. Ook zouden enkele voorzieningen ontwikkeld en aangeboden moeten worden voor langdurige opname van chronische patiënten, immers zij kunnen op weinig plaatsen terecht en de nood aan langdurige zorg is reëel. Tevens dienen meer plaatsen in de FPA's voorbestemd te worden voor TBS-gestelden.¹⁹¹

2.4 Besluit

De TBS-maatregel kan worden opgelegd bij daders van bepaalde misdrijven die door de rechter verminderd toerekenbaar of ontoerekenbaar worden beschouwd. De doelstelling ervan

¹⁹⁰ J. VAN VLIET, *o.c.*, 15-16.

¹⁹¹ J. VAN VLIET, *o.c.*, 19-21.

is gericht op het beveiligen van de maatschappij. Op korte termijn wordt dit nagestreefd door de betrokkene op te nemen in een gesloten kliniek. Op langere termijn probeert men de beveiliging te garanderen door middel van een behandeling gericht op het voorkomen van herhaling van het misdrijf in de toekomst.

De meerderheid van de TBS-gestelden krijgt een bevel tot verpleging opgelegd, wat betekent dat de betrokkene gedwongen wordt opgenomen in een inrichting aangewezen door de Minister van Justitie. Dit kan zowel gaan om justitiële rijksinrichtingen en particuliere inrichtingen die een contract hebben met Justitie als om niet-justitiële forensische psychiatrische ziekenhuizen. De laatste decennia zijn de TBS-klinieken echter steeds meer onder druk komen te staan: de behandelduur bleek langer dan verwacht, de instroom schoot de lucht in, terwijl de uitstroom stagneerde en de groep TBS-passanten in de Huizen van Bewaring nam alsmaar toe.

Sinds de jaren '90 bleek echter een geleidelijke toenadering plaats te vinden tussen de wereld van Justitie en deze van de Geestelijke Gezondheidszorg: via overleg en samenwerking trachtte men de verhouding op een constructieve manier inhoud te geven. Uit onderzoek was toen al naar voor gekomen dat bijna de helft van de TBS-gestelden, na hun verblijf in de TBS-kliniek, langdurig aangewezen zouden zijn op algemene zorgvoorzieningen. Deze vaststelling, samen met de toenemende druk op de instellingen, leidde ertoe dat het bevorderen van de uitstroom uit de TBS-klinieken een belangrijke beleidsdoelstelling werd. Het focussen op de uitstroom stelt echter hoge eisen aan de beschikbaarheid en kwaliteit van vervolgvorzieningen en vraagt om intensieve samenwerking.

Het project 'Actie-plan Uitstroom TBS' is te situeren binnen bovenvermelde aandacht voor het vraagstuk rond het bevorderen van de uitstroom uit de TBS-klinieken. Hieruit kwam naar voor dat de RIBW de belangrijkste afnemer waren wat betreft de doorverwijzing van terbeschikkinggestelden en dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis niet meteen een belemmerende factor diende te zijn voor opname. Voorwaarden voor een succesvolle plaatsing waren: een goede samenwerkingsrelatie met de plaatsende kliniek (permanente beschikbaarheid voor overleg en een terugplaats-garantie voor de patiënt), een goede voorbereiding van de plaatsing, deskundigheidsbevordering en informatie-uitwisseling, opbouw van expertise en motivatie en inzet van de bewoner, medebewoners en personeel. Het

project toonde aan dat de APZ zich de laatste jaren tot een belangrijke uitstroomvoorziening voor TBS-gestelden ontwikkeld hadden. De verminderde asielfunctie van deze voorzieningen vormde niettemin een knelpunt. De FPA's, die binnen de APZ waren gecreëerd, konden dan weer als een sluis tussen Justitie en de GGZ beschouwd worden, met als doel de patiënt te integreren in het gewone psychiatrische circuit. De doelgroep van de FPA's is echter ruimer dan enkel de TBS-patiënten. De afdelingen hebben overigens een voorlichtende taak om de naamsbekendheid van de forensische psychiatrie intern en extern te vergroten. Voor een beperkte groep TBS-gestelden, voornamelijk zwakzinnigen, betekende het gezinsvervangend tehuis een oplossing. Ook met thuislozenzorg hadden bepaalde TBS-klinieken samenwerkingsakkoorden afgesloten, wat waardevol bleek voor een groep TBS-gestelden met een beperkte sociale inbedding.

Ook andere voorzieningen vervullen een rol bij doorverwijzing vanuit een TBS-kliniek. In de eerste plaats gaat het hier om de reclasseringsdiensten, Reclassering Nederland voorop, die vanuit de wetgeving taken worden toegekend. Heel wat TBS-klinieken beschouwden de rol van de reclassering echter als te marginaal of niet helder genoeg. Ook de communicatie liet te wensen over. Als reactie hierop gingen de instellingen steeds meer eigen voorzieningen ontwikkelen om de taken van over te nemen, waaronder de forensische psychiatrische poliklinieken. Deze staan in voor een bijna landelijk dekkend gespecialiseerd therapie- en trainingsaanbod en vervullen een brede functie in het veld van de forensische psychiatrie. Ten slotte maken heel wat TBS-klinieken deel uit van forensisch psychiatrische zorgcircuits, waarvan de werking echter vaak beperkt blijft tot overleg op het niveau van consult en casuïstiek over individuele patiënten en met de betrokken instanties.

Aanbevelingen worden gemaakt betreffende de nood aan een voldoende gedifferentieerd aanbod voorzieningen in de uitstroomfase en een flexibele toegang voor de TBS-klinieken tot de vervolgvoorzieningen in de GGZ. Ook zouden de zorgcircuits dienen te evolueren naar regionale circuits die instaan voor de totale forensisch-psychiatrische zorg. Een laatste aanbeveling betreft het omzetten van de ontstane samenwerking tussen de ministers van Justitie en VWS in een geïntegreerde zorgvisie door beide ministers.

HOOFDSTUK 3 KWALITATIEF LUIK: DOORVERWIJZING VAN GEÏNTERNEERDEN VANUIT EEN FPA

3.1 Werkwijze

Om een adequaat antwoord te formuleren op de probleemstelling gaan we verder dan de hierboven weergegeven literatuurstudie. We richten de focus in het volgende hoofdstuk op één pilootproject van Justitie, namelijk de FPA's in het UPC Sint-Kamillus¹⁹², en door het bevragen van mogelijke doorverwijspartners wensen we een beeld te krijgen van de mogelijkheden en moeilijkheden bij doorverwijzing van geïnterneerden vanuit die FPA.

De beperking tot één pilootproject wordt verklaard vanuit de reikwijdte van deze verhandeling en vanuit de complexiteit om de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit meerdere FPA's te bestuderen. Immers elk pilootproject is ingebed in een ziekenhuis met een eigen traditie, werking, doelgroepen en externe relaties, die een invloed (kunnen) hebben op de mogelijkheden en moeilijkheden op vlak van doorverwijzing vanuit de FPA. Dit alles in kaart brengen voor verscheidene projecten zou te ver leiden. Tevens leek het vanwege de keuze aan de hand van interviews te werken, een bijzonder tijdrovende bezigheid om de situatie voor meerdere projecten onder de loep te nemen. Dat de voorkeur wordt gegeven aan een project van Justitie hangt samen met de keuze voor het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. De afdelingen in het kader van de pilootprojecten van Justitie zijn in het UPC reeds langer werkzaam dan de forensische afdeling, opgericht met de steun van Volksgezondheid.¹⁹³ Ten slotte hebben we vooral vanuit pragmatische overwegingen besloten de focus te richten op de FPA's in Bierbeek. Een eerste reden ligt in het feit dat we dit jaar de mogelijkheid grepen om in het kader van de opleiding criminologische wetenschappen vier maanden stage te lopen op de afdelingen te Bierbeek. Zodoende maakten we van nabij mee wat er leeft binnen de teams en op de afdelingen. We werden geconfronteerd met de vraag waar patiënt X of Y heen kon, wanneer hij de behandeling op de forensische afdelingen had doorlopen. We kregen inzicht in bepaalde mogelijkheden en moeilijkheden bij interne doorverwijzingen en vingen reacties op over en door externe instanties. Een tweede reden om de voorkeur te geven aan de FPA's te

¹⁹² Hoewel de subsidie van Justitie per project 32 bedden omvat, zijn deze in het UPC Sint-Kamillus over twee afdelingen verspreid, te weten de gesloten opname- en behandelafdeling FPA en de open oriëntatieafdeling FPC.

¹⁹³ Het pilootproject in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid en dat van Sociale Zaken trad pas in werking op 22 oktober 2002.

Bierbeek situeert zich op vlak van de praktische organisatie: Leuven diende als persoonlijke uitvalsbasis en Bierbeek werkt in eerste instantie samen met en verwijst door naar partners uit de Leuvense regio.

Het bevragen van de voorzieningen waar mogelijk geïnterneerden vanuit de FPA's te Bierbeek naar konden worden doorverwezen, gebeurde aan de hand van semi-gestructureerde interviews. De keuze om met semi-gestructureerde interviews te werken steunt op de verkennende aard van de vragenronde.¹⁹⁴ Aan de hand van onze persoonlijke contactname met de respondenten wilden we ons: ten eerste een beeld kunnen vormen van de voorziening die werd bevestigd; ten tweede de houding van de respondent als vertegenwoordiger van de bevestigde voorziening tegenover de opname van geïnterneerden in het algemeen, alsook hun houding tegenover de oprichting van de FPA's leren kennen; en ten derde de mogelijkheden en moeilijkheden beschouwen die zij aanhaalden betreffende de doorverwijzing van een geïnterneerde vanuit een FPA naar hun voorziening. Bovendien liet deze manier van dataverzameling toe om naast de antwoorden, ook non-verbale signalen op te vangen die meer duiding gaven aan de geformuleerde uitspraken. We zijn er ons ook van bewust dat de optie om met face-to-face interviews te werken mogelijkwelzijze invloed heeft gehad op bepaalde antwoorden, bijvoorbeeld de voorgestelde houding ten opzichte van de doorverwijzing van geïnterneerden of de houding tegenover de FPA's. Deze opmerking dient in gedachten gehouden te worden wanneer straks de verschillende doorverwijsinstanties worden besproken. Bovendien is steeds slechts de mening van een vertegenwoordiger van de gecontacteerde voorzieningen verwerkt, wat betekent dat niet alle uitspraken zo maar aan de volledige voorziening kunnen worden toegeschreven. Ook deze factor dient in rekening gebracht te worden.

Uitgaande van de werking op de forensische afdelingen in het UPC te Bierbeek, de concrete vragen tot doorverwijzing vanuit deze afdelingen die zich tijdens de stage aanboden en de samenwerking die het UPC in het verleden reeds heeft uitgebouwd met bepaalde voorzieningen in het veld van de GGZ, werden de te bevragen instanties geselecteerd.¹⁹⁵

¹⁹⁴ In bijlage is één van de interviewleidraden terug te vinden. We merken echter op dat de verschillende interviews telkens lichtjes van elkaar afweken, echter niet wat betreft inhoudelijke aspecten.

¹⁹⁵ In bijlage is een lijst van de interviews afgenomen in het kader van dit eindwerk terug te vinden.

Telkens ging een telefonische contactname aan de interviews vooraf. De doelstelling was op een zodanige manier de voorzieningen te selecteren, dat we op ieder echelon van de GGZ¹⁹⁶ een interview konden hebben met een respondent en voorziening. Dit bleek bij nader inzien niet al te voor de hand liggend. Allereerst rezen moeilijkheden bij het contacteren van een voorziening op het vierde echelon, waaronder de PVT's. Tijdens de stage was gebleken dat de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit de FPA's naar het PVT binnen het Sint-Kamillus niet heel veel mogelijkheden bood. Dit was deels te verklaren door het gebruik van wachtlijsten binnen het PVT, maar ook deels vanuit de gemiddeld jongere leeftijd binnen de groep patiënten die binnen het kader van de projecten voor de 'medium veiligheidsgroep' op de FPA's verbleven. Een oplossing leek te vinden bij het uitwijken buiten de Leuvense regio, naar Hotel MIN. Dit openbaar psychiatrisch verzorgingstehuis probeert echter vooral een doorgangshuis te vormen naar de hoogst haalbare vorm van zelfstandigheid. Zodoende lijkt deze voorziening moeilijk op het vierde echelon van de GGZ te situeren. De samenwerking tussen Hotel MIN en het OPZ te Rekem, in het kader van het psychiatrisch verzorgingstehuis bij het OPZ, bood een oplossing: een aantal plaatsen worden voorbehouden aan forensische patiënten. Het is echter niet mogelijk gebleken rechtstreeks contact op te nemen met iemand binnen het PVT Ter Bosch.

Ook het contacteren van een eerste-lijnsvoorziening bleek geen sinecure. Uiteindelijk werden twee initiatieven voor beschut en begeleid wonen op dit echelon geplaatst, daar de betrokkenen zich als het ware ten dele in een natuurlijke leefomgeving bevinden, waarbij de afstand tussen de plaats van het probleem en de plaats waar hulp geboden wordt heel klein te noemen is. Bovendien is de zorg en begeleiding door deze initiatieven eerder te omschrijven als een totaalzorg.

Dat discussie mogelijk is omtrent de voorgestelde plaatsing van de voorzieningen op de verschillende echelons van de GGZ wordt erkend. Heel wat instanties kunnen, afhankelijk van de benadering van de instelling of afdeling op een ander echelon geplaatst worden. De voorgestelde indeling biedt echter een houvast bij het structureren van de voorzieningen, en geeft een beter zicht op wat als positieve doorverwijzing kan worden beschouwd. In de eerste plaats denken we hierbij aan een doorverwijzing vanuit de gespecialiseerde FPA op het derde echelon naar een reguliere instelling op hetzelfde niveau, of naar een lager echelon. In de

¹⁹⁶ Zie 1.3.1

tweede plaats kan echter ook een doorverwijzing naar het vierde echelon aangewezen lijken. Dit hoeft geen stap achteruit te zijn, immers voor een aantal patiënten is terugkeer naar een meer zelfstandige woon- en leefsituatie niet meer haalbaar.¹⁹⁷

Volgende instanties worden in het verdere verloop van dit hoofdstuk beschouwd:

- Vierde echelon: OPVT Ter Bosch, verblijfseenheden 3 en 4¹⁹⁸
- Derde echelon: OPVT Hotel MIN¹⁹⁹
Resocialisatie-Eenheid UPC Sint-Kamillus
Nakuurhome Papiermoleken
- Tussenechelon: Psycho-Sociaal Centrum Leuven
- Tweede echelon: CGG Vlaams-Brabant Oost
- Eerste echelon: Dienst Reclassering, CAW Leuven
VZW Walden
- Nulde echelon: Psychiatrische Thuiszorg Walden

Om een vollediger beeld te krijgen van de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit de FPA's, leek het eveneens aangewezen om verscheidene beleidsverantwoordelijken te bevragen. Immers van de verschillende betrokken Ministeries zou verwacht worden dat zij bepaalde beleidsvisies hebben uitgewerkt met betrekking tot de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit hun pilootprojecten. Er werd contact opgenomen met de FOD Justitie, de FOD Volksgezondheid en het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.²⁰⁰ Hier gaan we, voor we verder gaan een systematisch overlopen van de bevroegde voorzieningen, kort op in.

¹⁹⁷ We wijzen er nogmaals op dat niet wordt ingegaan op de terugverwijzing van een geïnterneerden vanuit de FPA naar een inrichting tot bescherming van de maatschappij of een psychiatrische annex. Deze lijken immers vooralsnog meer aansluiting te vinden bij Justitie dan bij de GGZ.

¹⁹⁸ Er werd geen interview afgenomen met een directe medewerker van deze verblijfseenheden. De informatie blijft beperkt tot deze verkregen op basis van het interview met Dhr. Paul GEVERS en Mevr. Els VAN GOOL en op basis van de verwijsgids betreffende het forensisch zorgaanbod voor meerderjarigen binnen de GGZ.

¹⁹⁹ Ondanks de naamgeving kan het OPVT Hotel MIN niet gezien worden als een verzorgingstehuis in de klassieke zin van het woord. Het gaat eerder om een doorgangshuis, met vooral een resocialiserende functie.

²⁰⁰ Daar de zorg en opvang van geïnterneerden niet uitsluitend een taak is van Justitie, werd beslist ook de andere (toekomstige) partners met een verantwoordelijkheid op dit vlak te bevragen.

3.2 Beleidsvisies

Daar literatuurbronnen weinig melden op vlak van beleidsopties voor de toekomst door de verschillende betrokken ministeries, werd geprobeerd via persoonlijke contacten meer inzicht te krijgen in de visies op vlak van de verdere uitbouw van een zorgaanbod voor geïnterneerden. Dit bleek echter niet zo vanzelfsprekend.

Voor de FOD Justitie werd Dhr. P. BOLLEN gecontacteerd, adjunct-kabinetschef bij voormalig Minister van Justitie VERWILGHEN, maar we kregen geen reactie. Uiteindelijk werd beslist Dr. M. VANDENBROUKE²⁰¹ te interviewen, vanuit zijn betrokkenheid bij Justitie en zijn verschillende contacten als geneesheer-psychiater in o.a. de forensische psychiatrie. Op het moment van de afspraak liet deze echter verstek, en werd een schriftelijk document overhandigd waarin zijn visie op de bejegening van geïnterneerden werd weerspiegeld. Verdere pogingen tot interview met een beleidsverantwoordelijke vanuit het Ministerie van Justitie werden niet ondernomen. Wel werd contact opgenomen met een lid van de CBM Leuven die de visie en standpunten van deze Commissie wat duidelijker naar voor bracht.²⁰² Vanuit de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, verliep de contactname vlotter en werd een afspraak gemaakt met de verantwoordelijke van de Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, Dhr. GERITS.²⁰³ Het interview met een vertegenwoordiger op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap resulteerde echter in een weinig waardevolle contactname.²⁰⁴ Er werd enkel gemeld dat, in het kader van de uitvoering van het Strategisch Plan voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden, een werkgroep is opgericht met de taak een advies op te stellen betreffende een zorgprogramma voor geïnterneerden.

3.2.1 CBM Leuven

Vanuit de CBM Leuven wijst Dr. VERELST er op dat men op vlak van de uitvoering van de interneringsmaatregel zo veel mogelijk mensen probeert buiten de strafinrichtingen en

²⁰¹ Dr. VANDENBROUKE is geneesheer-directeur van de Psychosociale Dienst, directoraat-generaal van de Strafinrichtingen. Daarnaast is hij werkzaam als geneesheer-psychiater in o.a. het UPC Sint-Kamillus (FPC), het Papiermoleken en het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Brabant.

²⁰² Interview met Dr. Rudy VERELST, geneesheer-psychiater CBM Leuven en FPA-FPB-FPC, 25 april 2003.

²⁰³ Interview met Dr. Pol GERITS, psychiater en verantwoordelijke van de Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 5 mei 2003.

²⁰⁴ Interview met Mevr. Anneleen D'HAENE, Administratie Gezondheidszorg, Beleidscel samenleving en criminaliteit, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, op 13 maart 2003.

instellingen ter bescherming van de maatschappij te plaatsen, op een zo kort mogelijke tijd. In de praktijk blijkt de mogelijkheid tot plaatsing in een reguliere residentiële of eventueel ambulante voorziening in grote mate af te hangen van de pathologie van de patiënt en de bereidheid van de gecontacteerde voorziening om de geïnterneerde op te nemen. Vooral wanneer er sprake is van geïnterneerden met persoonlijkheidsstoornissen, een mentale handicap, of in geval van co-morbiditeit duiken moeilijkheden op. Doorverwijzingen door de CBM Leuven gaan slechts door indien de voorziening zich volmondig achter de opname schaaft. Het standpunt van de voorzieningen wordt bij een weigering dan ook gerespecteerd.²⁰⁵

Met betrekking tot de komst van de FPA's wijst Dr. VERELST op een opening op therapeutisch vlak voor een grote groep geïnterneerden. Vanuit de ervaringen binnen de CBM meent hij niet meer of minder weigerachtigheid tot het opnemen van 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden te onderkennen. Daarentegen wijst de respondent op het globale effect van de verschillende reconversies die zich binnen de sector van de psychiatrie hebben voorgedaan: er worden steeds minder mensen en middelen voorzien door langdurige behandelingen. Daar geïnterneerden als behandelingsintensieve patiënten worden beschouwd, vormen ze een groep die vlug uit de boot valt. Doorverwijzing vanuit de FPA's zou zich zo veel mogelijk dienen te richten op de reeds bestaande voorzieningen, maar dit neemt niet weg dat de projecten ook zelf een aantal initiatieven dienen te ontwikkelen zodat ze niet dichtslibben. Moeilijkheden bij doorverwijzing vanuit de nieuwe afdelingen blijken in grote mate terug te gaan op het algemene plaatsgebrek in de sector van de psychiatrie, de vooralsnog ontbrekende forensische expertise in heel wat voorzieningen, en de drempelvrees om echt samen te werken die nog dient overwonnen te worden.

3.2.2 FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Een van de streefdoelen van de pilootprojecten opgericht door de FOD Volksgezondheid, blijkt het definiëren van de 'medium veiligheidsgroep' geïnterneerden aan de hand van objectieve criteria. Immers de vrees wordt geuit dat momenteel heel wat geïnterneerden binnen deze projecten zijn opgenomen, die in feite tot de 'lage veiligheidsgroep' behoren, wat het resultaat is van het ontbreken van een rechtlijnige afbakening van de doelgroep. Daarnaast bevinden de FPE's zich nog in een pilootproject-fase, waarbij het type aangeboden zorg

²⁰⁵ Interview met Dr. Rudy VERELST, geneesheer-psychiater CBM Leuven en FPA-FPB-FPC, 25 april 2003.

uitgetest dient te worden op haar doeltreffendheid en haalbaarheid. De achterliggende wens is te komen tot een ‘evidence based’ beleid waarbij de beperkte middelen op een efficiënte manier worden besteed.²⁰⁶

Voor de vraag naar uitbouw van zorgcircuits voor de opvang van geïnterneerden lijkt het te vroeg, immers de doelgroepen zijn nog niet afgebakend, en een van de basisvereisten is een samenwerkingsakkoord met het Ministerie van Justitie. Als belangrijke factor die zal spelen bij het realiseren van zorgcircuits, wordt desalniettemin nu al gewezen op terugnamegaranties wanneer een doorverwijzing niet succesvol blijkt. Wat betreft de vermeende negatieve invloed van de komst van de FPE’s op de bestaande interne en externe netwerken voor de opvang van geïnterneerden, wijst Dr. GERITS op de verantwoordelijkheid die de voorzieningen zelf moeten opnemen, en hun in gebreke blijven niet af te wimpelen op de overheid. Immers ook al creëren de FPE’s enkel meer capaciteit, doorstroming zal in grote mate binnen de bestaande structuren dienen gerealiseerd te worden. Op dit vlak draagt de GGZ haar verantwoordelijkheid, maar daarom ook is het nodig dat de behandeling binnen de pilootprojecten vruchten afwerpt: ze is immers gericht op een zo groot mogelijke resocialisatie en vereist dus mogelijkheden op vlak van doorverwijzing.

3.3 Mogelijkheden en moeilijkheden bij de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA te Bierbeek

We overlopen systematisch de bevroegde instanties. Hierbij vertrekken we op het vierde echelon en dalen zo af tot op het nulde echelon. De FPA’s worden gesitueerd op het derde echelon van de GGZ. We merken op dat weinig van de bevroegde instanties reeds geconfronteerd zijn geweest met de doorverwijzing van een geïnterneerde vanuit FPA of FPC. De bedoeling van de interviews was in de eerste om te peilen naar de mogelijkheden en moeilijkheden op de verscheidene echelons. We stellen hierna eerst de dienst of instelling voor, vervolgens hun houding tegenover de geïnterneerden, de FPA’s en de opname van geïnterneerden uit deze afdelingen.

²⁰⁶ Interview met Dr. Pol GERITS, psychiater en verantwoordelijke van de Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 5 mei 2003.

3.3.1 *Vierde echelon*: Psychiatrisch Verzorgingstehuis Ter Bosch

3.3.1.1 Voorstelling van de instelling

Het PVT is een residentiële voorziening voor bewoners met een langdurige gestabiliseerde psychiatrische stoornis of met een mentale handicap voor zover voor hen geen voorziening in het Vlaams Fonds beschikbaar is.²⁰⁷ De bewoners behoeven geen ziekenhuisopname meer, maar ze kunnen niet ontslagen worden naar beschut wonen, of opnieuw zelfstandig gaan leven. Ze hebben behoefte aan continue begeleiding die hen moet toelaten hun autonomie te herwinnen en indien mogelijk zelfs in het normaal maatschappelijk leven terug te keren.²⁰⁸

De verblijfseenheden 3 en 4 van het PVT Ter Bosch horen tot het ruimer kader van het OPZ te Rekem. Ze richten zich tot mannelijke en vrouwelijke chronische psychiatrische bewoners, van wie de toestand stabiel is, maar die door hun psychosociale beperkingen nood hebben aan begeleiding. Enkel chronisch gestabiliseerde psychiatrische patiënten die een gestructureerde omgeving nodig hebben, of psychiatrische patiënten met een forensische problematiek, komen in aanmerking voor opname op deze eenheden. De forensische bewoners kennen er dezelfde leef- en woonomstandigheden als de andere PVT-bewoners, met dien verstande dat er een beperkt toezicht bestaat in het kader van hun juridisch statuut.²⁰⁹ Op deze eenheden gaat het niet om behandeling, maar wel om begeleiding en het volbrengen van een zorgprogramma.

De geïnterneerden die naar deze verblijfseenheden worden doorverwezen, zijn voornamelijk afkomstig uit het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem of uit het OPVT Hotel MIN.²¹⁰

²⁰⁷ WERKGROEP 'FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN DADERHULP', *Verwijsgids 'Forensisch zorgaanbod' voor meerderjarigen binnen de GGZ*, in druk, Hasselt, Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg, 2003, 6.

²⁰⁸ MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, *1990: een mijlpaal voor de psychiatrische sector. Conceptie en concretisering van het beleidsplan in de psychiatrie*, Brussel, Ministerie van Volksgezondheid en leefmilieu, 1990, 27.

²⁰⁹ WERKGROEP 'FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN DADERHULP', o.c., 6.

²¹⁰ Daar geen interview werd afgenomen met een direct medewerker van de verblijfseenheden 3 en 4 van het PVT Ter Bosch, lijkt het niet mogelijk in te gaan op de houding tegenover geïnterneerden en de FPA's. Wel maken we melding van de indruk geuit door Dhr. Paul GEVERS, maatschappelijk werker in het OPVT Hotel MIN, dat in de verblijfseenheden 3 en 4 van het PVT Ter Bosch meer controle wordt gehouden op de opgenomen geïnterneerden in vergelijking met andere bewoners.

3.3.2 *Derde echelon*: Openbaar Psychiatrisch Verzorgingstehuis Hotel MIN

3.3.2.1 Voorstelling van de instelling

Het OPVT Hotel MIN²¹¹ is in 1973 ontstaan als een van de initiatieven van de Bond Zonder Naam.²¹² Sinds de oprichting richtte het zich op het publiek in de gevangenissen, waaronder geïnterneerden, om voor hen de overgang van de gevangenis naar een nieuw leven meer slaagkans te geven. Door de jaren heen bleken steeds meer aanvragen afkomstig uit de psychiatrische annexen en sinds begin jaren negentig is men zich specifiek gaan richten op de geïnterneerdenpopulatie. In 2000 werd omwille van erkenningsnormen een officiële samenwerking tot stand gebracht met het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem. Sinds 2001 zijn de initiatieven Beschut Wonen Hotel MIN en het PVT Hotel MIN opgesplitst. Er is echter sprake van een vlotte dynamische samenwerking tussen zowel het OPZ Rekem, het PVT Hotel MIN en Beschut Wonen Hotel MIN. Patiënten kunnen gemakkelijk worden doorverwezen. Het PVT Hotel Min heeft een opnamecapaciteit van 24 patiënten.

Het PVT Hotel Min kan niet worden opgevat als een klassiek verzorgingstehuis dat vaak de eindhalte uitmaakt op het traject van heel wat patiënten. De instelling is verantwoordelijk voor de opvang en de begeleiding van forensische bewoners die psychisch voldoende gestabiliseerd zijn om zich te reïntegreren in de samenleving via een resocialisatieprogramma.²¹³ Er worden enkel mannen opgenomen. De bewoners moeten in staat zijn om over te gaan tot de meest voorkomende activiteiten van het dagelijkse leven, tot een vorm van tewerkstelling of andere zinvolle bezigheden overdag en tot het instandhouden van hun psychische stabiliteit. Hotel MIN bereidt de bewoners voor op een doorstroming naar de hoogst haalbare vorm van zelfstandigheid (dit kan bijvoorbeeld Beschut Wonen Hotel Min zijn) en maakt deel uit van een zorgcircuit voor onder andere geïnterneerden. In praktijk gaat het bij Hotel MIN dus eerder om een doorgangshuis, waarbij de doorstroming centraal staat.

Opnames gebeuren zowel vanuit penitentiaire instellingen, als vanuit psychiatrische ziekenhuizen, indien aangewezen na een bepaalde proefperiode. Het betreft bijna uitsluitend geïnterneerden. In een aantal gevallen wordt een zekere druk tot opname ervaren, d.i. wanneer

²¹¹ Interview met Dhr. Paul GEVERS en Mevr. Els VAN GOOL, respectievelijk maatschappelijk werker en psycholoog in het OPVT Hotel MIN, op 10 maart 2003.

²¹² De afkorting MIN verwijst naar 'Mannen in Nood'.

²¹³ Het blijkt echter geen sinecure, zoals Dhr. GEVERS aanhaalt, om te bepalen waar dit psychisch gestabiliseerd zijn naar verwijst: het op peil houden en blijven behouden van de medicatie, het overbodig zijn van separeerruimtes of nog iets anders?

een behandelinstantie haar akkoord geeft tot behandelen, echter op voorwaarde dat de betrokken patiënt is opgenomen in Hotel MIN.

3.3.2.2 Houding tegenover geïnterneerden en FPA's

Zoals aangehaald bestaat het publiek van het PVT Hotel MIN bijna uitsluitend uit geïnterneerden. Bij het peilen naar moeilijkheden in de werking met deze doelgroep, wordt verwezen naar de soms wat onduidelijke samenwerking tussen de wereld van justitie en deze van de hulpverlening. Vooral vragen omtrent wat dient gemeld te worden aan bijvoorbeeld de CBM zorgen voor verwarring. Ook blijkt sprake van manipulatief gedrag en problemen met alcohol- en drugsmisbruik, waardoor de samenwerking met de betrokkene niet altijd even vlot verloopt. In vergelijking met ander justitieel cliënteel, heeft het werken met geïnterneerden dan weer het voordeel dat deze laatsten als het ware 'gewend' zijn aan het leven in een instelling, aan het samenleven en ondergaan van controle.²¹⁴ Globaal genomen echter blijkt de manier van werken met geïnterneerden niet af te wijken van deze met andere bewoners.²¹⁵

Intussen zijn reeds enkele geïnterneerden doorverwezen vanuit de proefprojecten van Justitie naar Hotel MIN.²¹⁶ Men staat er echter niet stil bij het label 'medium veiligheidsgroep': er wordt uitgegaan van het vertrouwen dat wanneer een vraag tot opname wordt gericht aan het PVT Hotel MIN, de betrokkene daar ook effectief klaar voor is.

Vanwege de samenwerking met het OPZ Rekem is men binnen het OPVT Hotel MIN vrij goed op de hoogte over de FPA's. Er wordt regelmatig overleg gepleegd met verantwoordelijken van het ziekenhuis en verschillende personeelsleden hebben voordien stage gelopen op de forensische afdelingen in het OPZ. Ook wordt men vanuit het OPVT Hotel MIN soms betrokken bij intakegesprekken voor patiënten op de FPA's in het OPZ Rekem. Wel blijkt de onduidelijkheid aanwezig over wie of wat nu eigenlijk het onderscheid tussen de 'hoge'; 'medium' en 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden uitmaakt. De idee

²¹⁴ We merken op dat dit voordeel tevens een nadeel kan zijn, wanneer geïnterneerden moeilijk los te weken zijn uit het vertrouwde stramien van het instellingsleven.

²¹⁵ We wijzen er nogmaals op dat het publiek van het OPVT Hotel MIN uitsluitend bestaat uit mensen met een strafrechtelijk verleden.

²¹⁶ Tot op heden betreft het echter enkel medium risk geïnterneerden afkomstig uit het pilootproject in het OPZ Rekem. Vanuit het UPC zijn wel in het verleden al verschillende forensische patiënten doorverwezen naar Hotel MIN en uitgaande van de huidige populatie op FPA en FPC zal dit ongetwijfeld ook in de toekomst het geval zijn.

bestaat dat dit een vrij pragmatische beslissing inhoudt, die er bovendien toe leidt dat voor wie in theorie als ‘lage veiligheidsgroep’ zou kunnen bestempeld worden, maar nergens heen kan, een oplossing wordt gezocht in de FPA’s. Op deze manier worden de plaatsen op de nieuwe afdelingen niet correct ingevuld en blijft men met een plaatsentekort kampen. Bij aanvang van de officiële FPA’s was men in het OPVT Hotel MIN eveneens bang dat de instroom vrij vlug zou stagneren en de doorstroming zou beperkt zijn. De houding van het OPZ Rekem was hier echter een stimulerende factor, daar zij de garantie gaven en in desbetreffende gevallen ook uitvoerden, dat het ziekenhuis ingeval van crisis of problemen steeds bereid was de betrokkene terug te nemen. Vooral wanneer het gaat om moeilijker patiënten vormt deze garantie een belangrijk factor om een geïnterneerde een kans te geven in het OPVT Hotel MIN.

3.3.3 *Derde echelon*: Resocialisatie-eenheid UPC Sint-Kamillus Bierbeek

3.3.3.1 Voorstelling van de afdeling

Deze resocialisatie-eenheid²¹⁷ betreft een behandelingsafdeling voor patiënten waarvan de (psychotische) problematiek enigszins gestabiliseerd is, maar die nog niet zelfstandig kunnen functioneren buiten de instelling. De afdeling richt zich in grote mate op wie nog perspectieven heeft voor een toekomst buiten het instellingsverband. Binnen deze ruime doelgroep is voornamelijk de schizofrene problematiek terug te vinden, echter in heel wat gevallen in combinatie met een afhankelijkheidsproblematiek. Er zijn 28 bedden, die omwille van partiële hospitalisatie worden ingevuld door ongeveer 35 patiënten. Als voorwaarde voor opname wees Dhr. HENKENS, afdelingshoofd van de resocialisatie-eenheid, op het mobiel zijn van de patiënten. Als gevolg daarvan worden bepaalde groepen uitgesloten: patiënten met lichamelijke beperkingen, met psycho-organische afwijkingen, Korsakoff-patiënten en dementerende patiënten. Een tweede voorwaarde betreft de afwezigheid van fysieke agressie. Dit omwille van de personeelsbezetting en de open structuur van de afdeling.

Het doel van de behandeling is dat de patiënten eigen verantwoordelijkheden opnemen en vat krijgen op hun problemen. Er wordt gestreefd naar een optimaal maatschappelijk functioneren. De behandeling is te ontleden in drie fases: de stabilisatie- en probleemgerichte fase, de

²¹⁷ Interview met dhr. Ivan HENKENS, Afdelingshoofd, Resocialisatie-eenheid Sint-Kamillus Bierbeek, op 28 november 2002.

rehabilitatiefase en de reïntegratie- of resocialisatiefase.²¹⁸ Binnen RS probeert men ‘zorg op maat’ te bieden. De bedoeling is dat zo individueel mogelijk wordt gewerkt. Er wordt weliswaar uitgegaan van een globaal programma, maar men probeert dit zo nauw mogelijk te laten aansluiten bij de patiënt en zijn vragen.

Patiënten worden in hoofdzaak intern doorverwezen naar RS en dan vooral vanuit de gesloten eenheid voor observatie en behandeling (Sint-Jan): het betreft die patiënten die niet rechtstreeks vanuit de gesloten afdeling terug naar de buitenwereld kunnen georiënteerd worden, maar die doorverwezen worden voor een middellange tot lange opname met het oog op stabilisering en verdere oriëntatie. Slechts sporadisch worden patiënten vanuit de open eenheid voor observatie en behandeling doorverwezen naar RS. Bij de vraag tot doorverwijzing kan het gebeuren dat beslist wordt een proefweek in te lassen. Dit kan het geval zijn wanneer er op het moment van de vraag geen plaats vrij is, of wanneer er sprake is van bijvoorbeeld dreigende agressie.

3.3.3.2 Houding tegenover geïnterneerden en FPA's

Het opnemen van geïnterneerden vormt geen nieuw verschijnsel in het UPC, en evenmin in de resocialisatie-eenheid. Het ziekenhuis kent een lange traditie in het werken met mensen met een gerechtelijk statuut, onder meer geïnterneerden. Op RS werden in het verleden meerdere geïnterneerden opgenomen. Bovendien werd RS bij de oprichting van een officiële forensische afdeling vriendelijk verzocht ruimte te creëren om de doorstroming van deze patiënten mogelijk te maken.²¹⁹ Hierbij betrof het in grote mate geïnterneerden uit de ‘lage veiligheidsgroep’. Een positief punt betreffende de doorverwijzing naar en de opname van geïnterneerden op RS, is volgens Dhr. HENKENS dat deze patiënten eveneens afhankelijk zijn van een CBM, waardoor het voor het team makkelijker wordt om de behandeling te sturen. Verder blijken er geen specifiek afwijkende ervaringen te melden over deze patiënten, in vergelijking met de rest van de patiënten. Iedereen moet dan ook aan dezelfde criteria voldoen. Er stellen niet meer of minder problemen dan niet-geïnterneerden. Wanneer zich

²¹⁸ UNIVERSITAIR PSYCHIATRISCH CENTRUM SINT-KAMILLUS, *Informatiebrochure nieuw personeel en stagiairs*, onuitg., 22 mei 2002.

²¹⁹ Het betreft hier de voorbereidende fase waarin een afdeling voor de opname en behandeling van gerechtscliënten werd opgericht.

problemen voordoen met een geïnterneerde patiënt, wordt contact opgenomen met de CBM, die dan eventueel maatregelen neemt.

Tot op het moment van de bevraging waren nog geen vragen tot doorverwijzing gesteld vanuit FPA of FPC aan de resocialisatie-eenheid. Het uitgangspunt van RS blijft echter ongewijzigd: de afdeling wenst een schakel te vormen in het rehabilitatieproces naar buiten toe. Het is niet de bedoeling zich specifiek te richten op de doelgroep van de forensische afdelingen. Het risico moet beperkt blijven, en het is belangrijk dat de patiënt dit weet. Wanneer de kans op agressie of een herhaling van de feiten reëel is, geeft men er de voorkeur aan geïnterneerden niet op te nemen. Hetzelfde geldt wanneer er sprake zou zijn van psychopathie. Dit heeft niet zozeer te maken met het geïnterneerd zijn, als wel met de mogelijkheden tot ingrijpen van de afdeling. Wel merkt Dhr. HENKENS het belang op van een buffer om effectieve doorstroming te realiseren: een aantal plaatsen zouden beschikbaar moeten zijn op één van de of op beide forensische afdelingen waardoor hierop kan worden teruggevallen indien zich problemen voordoen bij de doorverwijzing.

Over de FPA's zelf beschikt Dhr. HENKENS eerder over weinig informatie. Dit lijkt hem logisch daar het om vrij jonge afdelingen gaat. Toch uit hij enige bezorgdheid, die ontstond toen bekend raakte dat specifieke forensische afdelingen zouden worden opgericht: hij stelde en stelt zich nog steeds de vraag welk gewicht de FPA's zullen binnenhalen en wat de impact ervan zal zijn op het ziekenhuis. De idee leeft dat het publiek van de FPA's een vrij chronische groep patiënten omvat, die moeilijk te resocialiseren zijn. Ook het feit dat het om de 'medium veiligheidsgroep' gaat, baart zorgen: men weet niet wat ervan te verwachten. Dhr. HENKENS is verder van mening dat indien bij de patiënten het risico voor geweld blijft, de afdelingen vlug zullen dichtslippen. Niettemin worden de FPA's gezien als een kans voor geïnterneerden, waar sprake is van behandeling. Een aandachtspunt blijkt de beeldvorming naar buiten toe: de angst bestaat dat het stigma rond internering en geïnterneerden zich zal overplaatsen naar het ziekenhuis en de buurt. Vandaar dat Dhr. HENKENS het belangrijk vindt om een goede voorlichting te geven over de nieuwe ruimere doelgroep.

3.3.4 *Derde echelon*: Nakuurhome Papiermoleken

3.3.4.1 Voorstelling van de instelling

Het Nakuurhome Papiermoleken²²⁰ wordt voorgesteld als een kleinschalig therapeutisch centrum voor mannen en vrouwen met een ernstige psychiatrische problematiek. Het is een open huis waar met verschillende formules gewerkt wordt: volledige hospitalisatie, dag- of nachthospitalisatie, consultaties en leefgroepen. Het huis werd dertig jaar geleden opgericht als een soort middenhuis tussen het UPC Sint-Kamillus en Leuven. Het richt zich in eerste instantie tot mensen met een niet-acute psychotische problematiek. Een deel daarvan behoort tot de groep forensisch psychiatrische patiënten. Er is een officiële erkenning voor 50 plaatsen (30 nachtbedden en 20 dagplaatsen), maar deze worden in gebruik genomen door een 100-tal patiënten. Permanent zijn ongeveer 35 patiënten aanwezig.

De filosofie van het Papiermoleken is om met de patiënt een traject te doorlopen en deze hierin te betrekken voor, tijdens en na de opname. Het gaat om een praktijkmodel waarbij uitgegaan wordt van de patiënt. Meestal wordt vertrokken van een volledige opname, die dan evolueert naar partiële hospitalisatie, consultaties en losse contacten. Nazorg vormt een heel belangrijk deel van de zorg. Op vlak van de werking, wordt geen exclusief therapeutisch model gehanteerd, maar wordt het aanbod afgesteld op de vereisten van de populatie en de praktijk. Er zijn bijgevolg verschillende theoretische invalshoeken. Een daarvan is de institutionele psychiatrie: men probeert vanuit het instituut te werken met de patiënt als leidraad. Dit betekent dat de patiënt meer betrokken wordt bij de werking en dat bijvoorbeeld samen gekeken wordt hoe de dag zal worden ingevuld. Het nauw betrekken van de patiënten is bedoeld om hen een reële verantwoordelijkheid te geven, die hen stimuleert er iets mee te doen. Men probeert de patiënten veeleer op een indirecte manier te benaderen dan op een directe wijze. Na verblijf in het Papiermoleken is doorverwijzing mogelijk naar alle partners in de GGZ. Het is echter de patiënt die als inspiratiebron dient om de weg verder uit te stippelen. De mogelijkheid om verder te werken met het Papiermoleken blijft geboden, eventueel door middel van consultaties of in een leefgroep.

Opnames gebeuren vanuit heel Vlaanderen en langs verschillende kanalen. Voor overgegaan wordt tot een opname, wordt eerst een proefdag georganiseerd. Acute opnames

²²⁰ Interview met dhr. Luc DE BAETS, coördinator, Nakuurhome Papiermoleken, op 28 februari 2003.

gebeuren zo goed als nooit.²²¹ Op de proefdag is de stem van de patiënt heel belangrijk en heeft men de mogelijkheid om enigszins zicht te krijgen op de persoon. Indien deze dag tegenvalt is dit geen reden om het later niet opnieuw te proberen. Een opname zal slechts plaatsvinden in overleg met de patiënt enerzijds en met de doorverwijzer anderzijds. Er wordt eveneens rekening gehouden met de mogelijkheden van een bepaalde persoon binnen de aanwezige patiëntengroep. Een belangrijk probleem is dat men kampt met een ellenlange wachtlijst. Van strikte exclusiecriteria is geen sprake, tenzij dan wanneer het gaat om een acute opname. Het belangrijkste criterium voor opname lijkt de vraag te zijn of een opname in het Papiermoleken een winstsituatie betekent ten opzichte van de huidige verblijfssituatie van de persoon. Hij of zij moet er zelf beter van worden.

3.3.4.2 Houding tegenover geïnterneerden en FPA's

Doorverwijzing van geïnterneerden naar het Nakuurhome heeft altijd plaatsgevonden. Dit gebeurde vooral vanuit de dubbele positie van Dr. VANDENBROUCKE, die naast zijn activiteiten als geneesheer-psychiater in het Papiermoleken, ook in Leuven-Centraal werkzaam was en is, en daar werd geconfronteerd met de psychiatrische problemen van gedetineerden. Hij ging zich steeds meer inlaten met het lot van geïnterneerden en zodoende werden altijd wel geïnterneerden opgenomen in het Papiermoleken. Ervaringen met deze patiënten blijken niet anders dan ervaringen met niet-forensische patiënten, stelt Dhr. DE BAETS. Hoewel de dossiers van ex-gedetineerden of geïnterneerden gekend zijn, worden patiënten in de eerste plaats vanuit hun psychiatrische problematiek benaderd. Dit neemt niet weg dat men alert is voor gevaar en risico's. Echter wanneer vooral gefocust wordt op de kans op geweld, leidt dit zelden tot een constructieve samenwerking; vertrekkend vanuit het ziektebeeld groeit de mogelijkheid om met de patiënten te werken en verkleint de kans op gevaar, aldus Dhr. DE BAETS.

Een vraag tot opname van een geïnterneerde wordt op dezelfde manier behandeld als een andere aanvraag. Het uitgangspunt is steeds de vraag of een opname ook winst betekent voor de patiënt. Wel moet er rekening gehouden worden met de beperkingen eigen aan het Papiermoleken, namelijk dat gewerkt wordt met een open structuur en de vrijheidsbenadering

²²¹ In het uitzonderlijk geval dat het gaat om een patiënt die bekend is binnen het Nakuurhome Papiermoleken kan overgegaan worden tot een acute opname.

waarbij zin voor verantwoordelijkheid belangrijk is. Het moet dus gaan om mensen die hun leven wat in handen kunnen nemen. Geïnterneerden die doorverwezen worden naar het Papiermoleken vallen in grote mate onder de verantwoordelijkheid van de CBM Leuven, en in mindere mate ook de CBM Antwerpen. Het grootste deel wordt rechtstreeks vanuit de gevangenis of psychiatrische annex opgenomen, een kleiner deel verblijft op het moment van de aanvraag in een particuliere instelling of ziekenhuis.

Dhr. DE BAETS meent vrij goed op de hoogte te zijn van de FPA's, enerzijds vanuit zijn eigen interesse, anderzijds vanuit de aanwezigheid van en de contacten met Dr. VANDENBROUCKE. Hij vindt het uiterst positief dat een aantal ziekenhuizen zich willen inlaten met de problematiek van geïnterneerden. Aan de andere kant stelt Dhr. DE BAETS zich vragen bij de betrokkenheid van Justitie. De zorg voor geïnterneerden lijkt hem in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van Volksgezondheid. Hij merkt tevens op dat de psychiatrie zich reeds lange tijd bereid heeft getoond om forensische patiënten op te nemen, voornamelijk wat betreft 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden. Het risico met de komst van de FPA's is dat deze het anonieme werk van vroeger zullen overschaduwen. Of dat de FPA's de mogelijkheid creëren om andere kanalen voor reguliere opvang af te sluiten en ineens maar iedereen door te sluizen naar deze meer beveiligde afdelingen. Dhr. DE BAETS doet een oproep aan de FPA's om zich werkelijk te richten naar die groep geïnterneerden die voordien niet terecht kon in de reguliere psychiatrie, zodat de opvang van geïnterneerden uit de 'lage veiligheidsgroep' verder gezet kan worden. In zijn ogen zorgen de FPA's voor een soort misplaatste competitiviteit in de opvang van en werking met geïnterneerde patiënten.

Een laatste opmerking situeert zich op vlak van de beeldvorming van de nieuwe afdelingen. De globale bedoeling van de FPA's lijkt hem om via een gedoseerde vorm van vrijheid te komen tot reïntegratie in de maatschappij. Dit kan een aanvang nemen zowel binnen een gesloten afdeling in de algemene als in de forensische psychiatrie. Het voorstellen van de FPA's als versterkte burchten lijkt geen te goed idee. Integendeel, in plaats van destigmatisering van de populatie, leidt het tot meer afschrikking en frustraties.

3.3.5 *Tussenechelon*: Psycho-Sociaal Centrum Leuven

3.3.5.1 Voorstelling van de dienst

Het Psycho-Sociaal Centrum Leuven²²² is een kleinschalige psychiatrische kliniek voor deeltijdbehandeling. Er is zowel een dagcentrum als een nachtafdeling. Hoewel de kliniek is erkend voor 30 plaatsen dagkliniek en 30 plaatsen nachtkliniek, worden een vijftigtal plaatsen ingenomen door dagpatiënten en ongeveer twintig bedden zijn in gebruik voor nachthospitalisatie. De dagkliniek bestaat uit 3 groepen. In de psychotherapiegroep beoogt men met de inzichtgevende therapieaanpak een persoonlijkheidsverandering op gang te brengen om de vastgelopen ontwikkeling te heroriënteren. De revalidatiegroep probeert na een (depressieve) crisis via het doorwerken van levensproblemen te zoeken naar een nieuwe aanpassing en een nieuwe start. De ateliergroep is tenslotte bedoeld voor mensen die een tijd ziek en inactief zijn (geweest) ten gevolge van een psychotische crisis. De nachtkliniek biedt plaats aan mensen die overdag werkzaam zijn of een andere daginvulling hebben. Het is de bedoeling door middel van een sociaal-psychiatrische begeleiding toe te werken naar zelfstandig wonen en functioneren. Het PSC biedt een intensieve behandeling aan, die echter verschilt van een volledige hospitalisatie daar de patiënten meer in een natuurlijk milieu verblijven. Zodoende kan vlugger ingepikt worden op dagdagelijkse bezigheden. In de regel verblijft een patiënt maximaal één jaar in het PSC.

Doorverwijzingen naar het PSC gebeuren vanuit allerlei instellingen en instanties: onder meer psychiatrische ziekenhuizen, sociale instanties, huisdokters. Aanvragen tot opname worden altijd individueel bekeken, maar in principe vinden geen acute opnames plaats. Bepaalde categorieën worden uitgesloten, met name: patiënten met een acute psychose of in geval van acuut middelenmisbruik; personen die rechtstreeks vanuit de gevangenis worden doorverwezen²²³; patiënten met een psychogeriatrische problematiek of een duidelijke mentale handicap; patiënten met een psycho-organische problematiek en patiënten waarbij sprake is van acute gevaarlijkheid. Er wordt gebruik gemaakt van wachtlijsten. Wanneer de aanvraag tot opname een geïnterneerde betreft wordt rekening gehouden met het delict: wanneer het om zeer ernstige feiten gaat, wordt de aanvraag tot opname afgewezen.

²²² Interview met Dr. Tony CLAUS, psychiater nachtkliniek, PSC Leuven, op 25 april 2003.

²²³ Voor hen wordt de vraag gesteld om voorafgaand aan de opname in het PSC een observatie of hospitalisatie te laten plaatsvinden.

Na verblijf in de dagkliniek van het PSC kunnen patiënten worden doorverwezen naar enige vorm van ambulante behandeling, maar is eveneens een doorverwijzing naar volledige hospitalisatie mogelijk. Vanuit de nachtkliniek kan doorverwijzing plaatsvinden naar beschut of begeleid wonen of naar een zelfstandige leefsituatie.

3.3.5.2 Houding tegenover geïnterneerden en FPA's

In het verleden werden reeds geïnterneerden doorverwezen naar het PSC Leuven. Deze hoorden echter thuis in de 'lage veeligheidsgroep'. In de werking met deze patiënten blijken geen fundamentele verschillen te melden in vergelijking met de andere patiënten, behalve dat de voorwaarden die door de bevoegde CBM zijn opgelegd, een belangrijk aandachtspunt vormen. Daarenboven werd reeds aangehaald dat een bepaalde selectie plaats vindt, waardoor geïnterneerden die ernstige delicten hebben gepleegd in principe niet worden opgenomen. Dit heeft te maken met de infrastructuur en werking van het PSC: zo is er bijvoorbeeld tijdens de nachtdienst slechts één verpleegkundige aanwezig, zijn er geen separeerruimtes voorzien en kunnen geen dringende ingrepen gebeuren. Aanvragen tot opname van geïnterneerden door henzelf of hun advocaat worden overigens doorgespeeld aan Dr. CLAUS, die deze op zijn beurt overmaakt aan het Opname Comité Gerechtscliënten.²²⁴ Rechtstreekse opnames vanuit de psychiatrische annexen of afdelingen of instellingen tot bescherming van de maatschappij gebeuren niet.

Vanuit de FPA's zijn nog geen aanvragen tot opname gericht aan het PSC Leuven, zeker niet wat betreft de nachtkliniek. In theorie biedt de nachtkliniek echter mogelijkheden voor een geïnterneerde patiënt die gestabiliseerd is en een dagactiviteit heeft, maar voor wie behandeling nog aangewezen is op vlak van bijvoorbeeld sociale vaardigheden. Ook de dagkliniek kan een optie zijn voor geïnterneerden bij wie sprake is van een chronische gestabiliseerde psychose, maar die nog enigszins dagbegeleiding vereisen. Behandeling en opname van geïnterneerden vanuit de FPA's wordt bijgevolg niet uitgesloten. Dr. CLAUS meent echter dat de kans klein is dat iemand vanuit de FPA's in de nachtkliniek of zelfs in de dagkliniek wordt opgenomen: er zijn immers genoeg patiënten en er wordt gewerkt met wachtlijsten.

²²⁴ Dr. CLAUS is zowel werkzaam in het PSC LEUVEN als in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. Het Opname Comité Gerechtscliënten behandelt de aanvragen betreffende opname van gerechtscliënten met allerlei uiteenlopende statuten. De meerderheid gaat echter over geïnterneerden.

Vanuit de betrokkenheid in het UPC Sint-Kamillus is Dr. CLAUS als psychiater van het PSC Leuven op de hoogte van het bestaan van de FPA's in Bierbeek. Over de inhoudelijke invulling van deze afdelingen of de doelgroep bestaan er echter twijfels. Niettemin wordt de oprichting van deze afdelingen als een positieve stap beschouwd, daar het meer mogelijkheden tot behandeling voor geïnterneerden biedt. Bovendien vindt Dr. CLAUS het positief dat het een specifieke, categorale eenheid betreft, want het lijkt niet zo vanzelfsprekend dat deze patiënten zomaar samen met andere psychiatrische patiënten worden ondergebracht op een zelfde afdeling.

3.3.6 *Tweede echelon*: Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams Brabant Oost

3.3.6.1 Voorstelling van de instelling

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg²²⁵ zijn over heel Vlaanderen verspreid en richten zich tot iedereen in de bevoegde regio met ernstige psychische problemen of psychiatrische stoornissen en hun omgeving. Ze proberen een kwalitatief, laagdrempelig, extramuraal zorgaanbod uit te bouwen, in samenwerking met andere hulpverleners en voorzieningen, dat aan de globale bevolking van het werkingsgebied, alsook aan specifieke doelgroepen (kinderen en jongeren, ouderen, sociaal en financieel zwakkere personen) begeleiding en behandeling verstrekt en dit in de context van de gewone leef-, werk- en gezinssituatie.²²⁶ Naar cliënten toe worden zowel preventieve als curatieve taken opgenomen.²²⁷

Dhr. ALLEMEERS geeft aan dat een grote werkdruk rust op het CGG, wat met zich meebrengt dat impliciet wel criteria gehanteerd worden bij de selectie van wie men kan helpen. Zo wordt nagenoeg geen behandeling of begeleiding opgestart, wanneer verwacht wordt dat die heel lang zal duren. Het streefdoel is om zorg op maat te bieden. Wanneer echter een vrij intensieve behandeling aangewezen lijkt, kan beter geopteerd worden voor een intramurale setting. Binnen het CGG Vlaams-Brabant Oost is een team daderhulpverlening opgericht dat zich, naast andere taken, toelegt op de behandeling en begeleiding van een populatie met uiteenlopend delinquent gedrag.

²²⁵ Interview met Dhr. Bert ALLEMEERS, psycholoog, afdeling volwassenen en ouderen CGG Vlaams-Brabant Oost, op 29 april 2003.

²²⁶ X., *Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost. Overzicht van de activiteiten. Werkingsjaar 2001*, Leuven, CGG Vlaams-Brabant Oost, 2002, 9.

²²⁷ Het CGG Vlaams-Brabant Oost legt zich ook toe op dienstverlening aan derden en overleg.

Personen worden vanuit verscheidene instanties doorverwezen naar het CGG. Op basis van het jaarverslag 2001 van het CGG Vlaams-Brabant Oost blijkt dat vanuit de eerste lijn vooral huisartsen doorverwijzen naar het CGG (30%), terwijl ook een aanzienlijke groep zelf het initiatief neemt, of contact opneemt op initiatief van de omgeving (27%). Daarnaast vormt Justitie een belangrijke verwijzer (11%).²²⁸ Na een eerste contactname met de betrokkene volgt een intakegesprek en op basis daarvan wordt een beslissing genomen of iemand kan worden begeleid of behandeld. Wanneer de behandeling of begeleiding voltooid is, volgt slechts uitzonderlijk nog een doorverwijzing naar een andere instelling of dienst, bijvoorbeeld wanneer hospitalisatie aan gewezen blijkt.

3.3.6.2 Houding tegenover geïnterneerden en FPA's

Reeds sinds de jaren zeventig worden geïnterneerden doorverwezen naar het CGG Vlaams-Brabant Oost. De aanwezigheid van enkele geneesheer-psychiaters binnen verschillende instellingen of zelfs binnen de CBM's beïnvloedden deze doorverwijzingen in positieve zin. Echter belangrijk bij het overwegen van een aanvraag tot behandeling of begeleiding blijkt of de betrokkene zelf een hulpvraag heeft en getuigt van enige motivatie. Dit laatste schijnt, volgens Dhr. ALLEMEERS, nogal eens te ontbreken wanneer het gaat om geïnterneerden en vormt in zijn ogen de werkelijke drempel wanneer men wenst te spreken over laagdrempelige hulpverlening. Het blijkt moeilijk geïnterneerden tot zelfinzicht te brengen. Wanneer ze dan toch binnen het CGG worden begeleid en behandeld, gaat de nodige aandacht naar het delict en terugvalpreventie, maar dit vormt zeker niet het enige onderwerp. Er wordt uitgegaan van het idee dat de begeleiding breder moet zijn en voldoende aandacht schenken aan de pathologie en andere probleemgebieden.

Vooralsnog werden geen aanvragen tot doorverwijzing vanuit de FPA's te Bierbeek gericht aan het CGG Vlaams-Brabant Oost. Dhr. ALLEMEERS haalt aan dat het CGG geïnterneerden eigenlijk niet al te graag ziet komen daar het vaak personen met een complexe problematiek betreft, die op verschillende werkgebieden (maatschappelijk, psychologisch, medicamenteus, enzoverder) begeleiding vereisen, die bovendien van langdurige aard blijkt en ook op vlak van hygiëne worden geïnterneerden niet al te best ingeschat. Nogmaals wordt

²²⁸ X., *Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost. Overzicht van de activiteiten. Werkingsjaar 2001*, Leuven, CGG Vlaams-Brabant Oost, 2002, 57.

benadrukt dat de hulpvraag van betrokkene zelf essentieel is, wil het CGG kunnen helpen. Tenslotte toont Dhr. ALLEMEERS zich voorstander van het spreiden van de geïnterneerdencliënten over het personeel, daar deze groep een vrij grote werklust met zich meebrengt waar weinig extra middelen tegenover worden geplaatst.²²⁹

Vanwege de officiële bekendmaking van de FPA's door het UPC Sint-Kamillus en de aanwezigheid van twee geneesheer-psychiaters, zowel in het CGG Vlaams-Brabant Oost als op de forensische afdelingen te Bierbeek, is men binnen het CGG op de hoogte van deze afdelingen. Dhr. ALLEMEERS ziet ze als het ware als een druppel op een hete plaat: enerzijds wordt reeds een ruime groep geïnterneerden ambulantly gevolgd en anderzijds zullen er nooit voldoende plaatsen voor behandeling mogelijk zijn binnen deze FPA's. De indruk bestaat ook dat er de laatste jaren vlugger wordt geïnterneerd en dat men meer geïnterneerden naar de FPA's wenst af te leiden, waardoor op termijn andere psychiatrische ziekenhuizen minder geneigd zullen zijn om nog geïnterneerden op te nemen, aldus de psycholoog. Daarenboven stelt hij zich de vraag of de geïnterneerden er wel beter van worden: de FPA's zouden de indruk wekken dat men de geïnterneerde 'daders' gaat medicaliseren.

Als voordeel van de FPA's wijst Dhr. ALLEMEERS op de mogelijkheid goede verslagen af te leveren, waardoor andere instellingen, zoals het CGG beter geïnformeerd zijn en een meer gefundeerde beslissing kunnen nemen omtrent het al dan niet opnemen van een geïnterneerde. Daartegenover staat dan weer het beeld dat bij de 'medium veiligheidsgroep' geïnterneerden op de forensische afdelingen sprake is van zware pathologieën, die een intensieve begeleiding zullen vergen. Samen met een gebrek aan middelen en een hoge werkdruk, leidt dit toch een weinig flexibele situatie.

3.3.7 *Eerste echelon*: VZW Walden

3.3.7.1 Voorstelling van de instelling

De VZW Walden²³⁰ vormt een initiatief voor beschut wonen. Onder dit laatste wordt verstaan: het huisvesten en begeleiden van personen die om psychiatrische redenen in hun leef- en

²²⁹ Hier verwees Dhr. ALLEMEERS bijvoorbeeld naar het feit dat bij geïnterneerden vaak de voorwaarde wordt gesteld door de CBM dat betrokkene een zinvolle daginvulling heeft, waardoor afspraken met het CGG 's avonds dienen te gebeuren.

²³⁰ Interview met Dhr. Dirk NISSEN, coördinator, VZW Walden op 18 december 2002.

woonmilieu geholpen moeten worden bij het verwerven van sociale vaardigheden en waarvoor aangepaste dagactiviteiten moeten worden georganiseerd, en die geen ziekenhuisbehandeling vereisen.²³¹ Het gaat bijgevolg om personen bij wie de psychiatrische problematiek voldoende gestabiliseerd blijkt. Als exclusiecriteria voor een verblijf binnen Walden worden acting out-gedrag en druggebruik aangegeven. Belangrijk is de bereidheid van de betrokkene om mee te werken. Verblijf in een initiatief van beschut wonen is tenslotte slechts verantwoord voor zover de betrokkene nog niet volledig in het maatschappelijk leven kan worden geïntegreerd.

Concreet beschikt Walden over negen huizen waar telkens 4 tot 7 mensen kunnen wonen en ook enkele studio's. Relatief nieuw zijn de ongeveer 20 plaatsen voor individueel beschut wonen. De bewoners worden begeleid met als doel hen zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Er gaat zowel aandacht naar zeer praktische ondersteuning als naar de vaak meer complexe begeleiding van het (samen)wonen. Alle bewoners worden individueel en per huis gevolgd. Elkeen bepaalt zelf mee de intensiteit en de aard van de eigen begeleiding. Daarnaast is er in ieder huis een wekelijkse bewonersvergadering en een gezamenlijk poetsmoment voorzien. Van de bewoners wordt verwacht dat ze een zinvolle gestructureerde daginvulling buitenshuis²³² hebben, hoewel dit niet bij iedereen wordt bereikt. Op het verblijf binnen Walden staat geen beperking van tijdsduur: sommige bewoners gaan na verloop van tijd over naar een andere woonvorm, andere blijven binnen Beschut Wonen. Wanneer iemand vanuit Waden nog verder vooruit wordt doorverwezen, wordt dit vaak gekoppeld aan nazorg vanuit Walden en de zorg voor de uitbouw van een ondersteunend netwerk voor betrokkene.

Doorverwijzingen naar de VZW Walden gebeuren steeds op vraag van een verwijzer. De belangrijkste doorverwijsinstantie vormt het UPC Sint-Kamillus. Na een of meerdere intakegesprekken wordt binnen het team de beslissing genomen of en in welk huis een opname kan plaatsvinden. Mensen worden volgens verschillende criteria toegewezen en er wordt gebruik gemaakt van wachtlijsten, die echter niet 'lineair'²³³ worden gehanteerd. Ook de kandidaat krijgt bedenktijd. Vooraleer een definitieve beslissing tot verhuizen wordt genomen, maakt de kandidaat bewoner nog kennis met het huis en de andere bewoners.

²³¹ MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, *o.c.*, 35.

²³² Dit kan onder meer vrijwilligerswerk, daghospitalisatie, werk in een beschutte werkplaats of het ontmoetingscentrum zijn.

²³³ Dit betekent dat niet automatisch diegene die bovenaan de wachtlijst staat als eerste een plaats krijgt toegewezen.

3.3.7.2 Houding tegenover geïnterneerden en FPA's

Doorverwijzingen van geïnterneerden naar Walden hebben reeds plaatsgevonden, waarbij het echter uitsluitend ging om zogenaamde 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden. Dhr. NISSEN stelt zich echter de vraag in hoeverre deze bewoners als 'lage veiligheidsgroep' kunnen worden beschouwd. In ieder geval worden ze van wat naderbij opgevolgd en is er sprake van een strikter toezicht. Veel blijkt af te hangen van een goede intake. Wanneer deze succesvol is verlopen, blijken er weinig verschillen te melden in vergelijking met de andere bewoners, mits extra toezicht. Tot op heden bestaat de indruk dat men er binnen Walden in slaagt recidive in de kiem smoren of zelfs voorkomen.

De bereidheid is bij Dhr. NISSEN aanwezig aanvragen tot doorverwijzing vanuit de FPA's in overweging te nemen, hoewel er nog niet is over nagedacht hoe men een dergelijke doorverwijzing zou aanpakken. Wel wordt er van uitgegaan dat het een aanpassing zal vergen en dat de beslissing in welk huis en met welke mensen betrokkene zou samenwonen goed dient afgewogen te worden. De coördinator van Walden laat zich alvast kennen als voorstander van een spreidingsbeleid over de verschillende huizen. Hij merkt ook op dat er plannen bestaan om een 'doorgangshuis' te creëren binnen de samenwerking tussen het UPC Sint-Kamillus en de VZW Walden, in het kader van de uitbouw van een netwerk voor de opvang van geïnterneerden. Enige bezorgdheid wordt geuit bij de doorverwijzing van geïnterneerden op vlak van verantwoordelijkheid. De vraag dringt zich op wat gebeurt indien het fout loopt met een van de bewoners. Ook omtrent de gevolgen van het eventueel opnemen van personen met een persoonlijkheidsproblematiek rijzen vragen, daar heel wat rekening zal moeten gehouden worden met mogelijke recidive, volgens Dhr. NISSEN meer dan bij het klassieke publiek van initiatieven voor beschut wonen, de psychotische patiënten.

Op de FPA's heeft de coördinator van Walden eerder weinig zicht, hoewel hij aanhaalt dat meerdere voorstellingen hebben plaatsgevonden over de nieuwe afdelingen. De FPA's op zich juicht hij toe, alleen stelt hij zich vragen bij de praktische inplanting van deze afdelingen binnen het ziekenhuis.²³⁴ Vooral op vlak van beeldvorming zou dit een negatieve impact kunnen hebben.

²³⁴ De gesloten forensische afdelingen liggen centraal op de campus van het UPC. De beschikbare tuin is afgezet met een hoge afsluiting en hekken.

3.3.8 *Eerste echelon*: Dienst Reclassering Centrum Algemeen Welzijnswerk Leuven

3.3.8.1 Voorstelling van de dienst

De dienst Reclassering²³⁵ is een van de tien diensten die onder de koepel van het CAW Leuven verzameld zijn. Reclassering staat in voor de opvang van ex-gedetineerden en geïnterneerden vrij op proef en helpt hen bij het zelfstandig wonen zodat deze stappen kunnen zetten om terug actief te worden in de samenleving.²³⁶ De dienst beschikt over drie huizen, waar telkens 4 of 5 mensen kunnen wonen. Een van de huizen is voorbehouden aan geïnterneerden. Het gepleegde delict wordt niet als criterium beschouwd. Personen met acute afhankelijkheidsproblemen of een acute psychiatrische problematiek worden afgewezen. Verwacht wordt dat de gasten een zekere mate van zelfstandigheid vertonen om in het huishouden te kunnen functioneren, alsook enige bereidheid aan de dag leggen om te leren en vooruitgang te boeken. Tenslotte moeten de gasten ook binnen de aanwezige bewonersgroep passen.

Reclassering biedt een woonformule aan waarbij de begeleiding enerzijds wordt toegespitst op een geïndividualiseerde zorg, en waarbij anderzijds het belang van een steungevende omgeving als fundamenteel wordt beschouwd. Samenwerking met andere instanties of organisaties blijkt essentieel, bijvoorbeeld met het CGG, een psychiater of een OCMW. Er is sprake van integrale hulpverlening; de geboden begeleiding richt zich op een veelheid van terreinen.²³⁷ Daarnaast wordt aandacht geschonken aan het wonen en de ontmoeting tussen de bewoners. Er zijn echter weinig verplichtingen naar het samenleven toe, aangezien dit vaak een moeilijke opdracht is voor een geïnterneerde vrij op proef.²³⁸ De gasten geven zelf de grenzen van de begeleiding aan. Met elk van de bewoners wordt een geïndividualiseerd begeleidingsplan opgesteld dat op elk moment kan geëvalueerd, bijgestuurd of veranderd worden. Bedoeling is samen met de bewoner de individuele capaciteiten zo optimaal mogelijk te benutten en hem naar best vermogen te laten functioneren. De maatschappelijke integratie blijft centraal staan en de werking is dan ook gericht op doorstroming. De begeleiding wordt niet therapeutisch opgevat en kan hoogstens beschouwd worden als pré-therapie. Een tijdslimiet wordt niet op het verblijf geplaatst. Wanneer het

²³⁵ Interview met Merv. Hannelore MARIËN, begeleidster dienst Reclassering CAW Leuven, op 17 april 2003.

²³⁶ X., Brochure 'Centrum Algemeen Welzijnswerk Leuven. Bondgenoot van Mensen', Leuven, s.d.

²³⁷ Hierbij kan gedacht worden aan tewerkstelling, sociale en relationele problemen, huisvesting, juridische problemen, enzovoort.

²³⁸ RECLASSERING CAW LEUVEN, *Opvang geïnterneerden vrij op proef*, Leuven, CAW Leuven, s.d., 20.

echter geïnterneerden betreft bij wie de veiligheidsmaatregel wordt opgeheven, wordt ook de opvang in het huis stopgezet. In de mate van het mogelijke wordt nazorg aangeboden. Doorverwijzingen vanuit Reclassering vinden in hoofdzaak plaats naar zelfstandig wonen, naar een residentiële psychiatrische setting of naar het gevangeniswezen.

In geval van rechtstreekse aanvragen tot begeleiding vanuit de gevangenis, wordt contact opgenomen met de bevoegde PSD, om over voldoende informatie te beschikken wil men een beslissing nemen. Wanneer een eerste intake-gesprek succesvol is verlopen, kan overgegaan worden tot het doorbrengen van enkele (penitentiaire) verloven in een van de huizen waarover Reclassering beschikt. Vervolgens kan beslist worden tot een definitieve opname. Indien de aanvraag een geïnterneerde betreft die nog op de psychiatrische annex of in een instelling of afdeling voor sociaal verweer verblijft, is het mogelijk dat eerst een observatieperiode wordt aangevraagd in een psychiatrisch ziekenhuis.²³⁹ Een intakegesprek zal dan plaats vinden in het ziekenhuis. Daarnaast worden heel wat vragen tot opname gesteld vanuit het Crisisopvangcentrum²⁴⁰, maar hun beschikbare informatie over de betrokkenen blijkt eerder beperkt. Ook vanuit verschillende psychiatrische ziekenhuizen worden vragen tot doorverwijzing gericht tot Reclassering. De dienst legt dan ook geen regionale beperkingen op wat betreft een eventuele opname.

3.3.8.2 Houding tegenover geïnterneerden en FPA's

Vanwege een stijgend aantal aanvragen tot opname voor geïnterneerden, heeft men in 1996 binnen Reclassering²⁴¹ zelf besloten een huis voor geïnterneerden op te richten. Recent stromen er minder aanvragen binnen met betrekking tot geïnterneerden. Op vlak van begeleiding, blijkt deze bij geïnterneerden intensiever te zijn dan bij ex-gedetineerden en er is meer nood aan opvolging. Daarbuiten verschilt de werking echter niet fundamenteel tussen beide groepen.

Tot op heden werden nog geen aanvragen tot doorverwijzing van een geïnterneerde vanuit de FPA's aan de dienst Reclassering gericht. Wel wordt gewerkt aan een

²³⁹ Hierbij merkt Mevr. MARIËN op dat het UPC Sint-Kamillus zelf niet erg flexibel is in is wat betreft de mogelijkheid een geïnterneerde voor bepaalde tijd op te nemen ter observatie.

²⁴⁰ Het Crisisopvangcentrum valt eveneens onder de koepel van het CAW Leuven en biedt 24 uur op 24 kortdurende opvang en begeleiding aan mensen in acute crisissituaties die geen thuis of een onderdak hebben.

²⁴¹ Op dat moment maakte Reclassering nog geen deel uit van het CAW Leuven, maar bestond onder de naam 'Oikonde'. Vandaag bestaat Oikonde Leuven nog steeds, maar is het een dienst pleegzorg voor volwassenen met een handicap.

samenwerkingsakkoord met het UPC Sint-Kamillus om, indien het fout loopt met een van de bewoners, deze terug te kunnen sturen naar het ziekenhuis in plaats van een penitentiaire setting. Resultaten blijken niettemin nog niet voor de nabije toekomst. In ieder geval zullen aanvragen tot doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA steeds individueel bekeken worden. Moeilijkheden bij het doorverwijzen van deze geïnterneerden worden verwacht vanwege stigmatisering en angst voor de populatie, alsook het feit dat heel wat instellingen werken met wachtlijsten, waardoor het niet voor de hand ligt de voorkeur te geven aan de opname van een geïnterneerde.

Dankzij het ingaan op een uitnodiging voor de bekendmaking van de FPA's en een rondleiding binnen het UPC, is men binnen de dienst Reclassering op de hoogte van de forensische afdelingen. De aankondiging over de oprichting van de FPA's werd uiterst positief onthaald, daar men binnen Reclassering zelf, vanuit de bekommernis voor het lot van geïnterneerden, een huis had opgericht. Intussen is het standpunt wat kritischer geworden: immers inmiddels blijkt dat de 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden moeilijker kan doorstromen naar de algemene psychiatrie, en ook voor de zogenaamde 'hoge veiligheidsgroep' geïnterneerden is nog geen oplossing gevonden. Daarnaast worden vragen gesteld bij de manier waarop de FPA's er zijn gekomen: de pilotprojecten lijken vrij vlug te zijn opgericht, maar het blijft gissen naar het standpunt van de nieuwe regering.

3.3.9 *Nulde echelon*: Psychiatrische Thuiszorg Walden

3.3.9.1 Voorstelling van de dienst

Psychiatrische Thuiszorg Walden²⁴² werd in mei 2002 opgericht als dienst voor psychosociale thuisbegeleiding in de regio Bierbeek en Leuven. PTZ Walden richt zich tot volwassenen met een psychiatrische problematiek die samenleven of alleen wonen, en moeilijkheden ondervinden in het sociaal functioneren of in de uitbouw van een zelfstandig leven. Het doel van de begeleiding is mee te werken aan een groter welbevinden van de cliënt en zijn omgeving. Er worden weinig exclusiecriteria gehanteerd: enkel in heel acute situaties wordt de begeleiding niet opgestart, en de cliënten moeten over een huis of woonplaats beschikken. Wel

²⁴² Interview met Dhr. Patrick VAN DIEVOET, psychiatrisch verpleegkundige Psychiatrische Thuiszorg Walden, op 6 maart 2003.

kan de begeleiding bijvoorbeeld reeds opgestart worden wanneer de overgang naar een thuissituatie in het vooruitzicht ligt.

Hiertoe wordt rechtstreeks hulp geboden via begeleiding in tijdsbesteding, huishouden en sociale contacten, opvolgen van psychiatrische behandeling, emotionele ondersteuning, enzovoort.²⁴³ De begeleiding en zorgplannen zijn sterk geïndividualiseerd en er wordt vertrokken van de eigen hulpvraag van de cliënt. De aard en de frequentie van de zorg en begeleiding hangen dan ook af van het individuele dossier. Opvallend aan psychiatrische thuiszorg is dat de begeleiders zich steeds als ‘gast’ gedragen in hun contacten met de cliënten, ook al is het niet uitgesloten dat de begeleiding een gedwongen karakter heeft, bijvoorbeeld in het kader van verplichte nazorg. Op de psychiatrische thuiszorg wordt vooraf geen tijdslimiet vastgesteld. Doorverwijzing of het invoeren van andere hulpverlenende instanties zijn steeds mogelijk, wanneer dit aangewezen lijkt.

Mensen komen via uiteenlopende kanalen in contact met PTZ Walden: aanvragen tot opname worden verstuurd vanuit ziekenhuizen, mensen komen zelf aankloppen, een huisarts die doorverwijst. Omwille van de verplaatsingstijd wordt enkel de regio in een straal van 10 à 15 kilometer rond Bierbeek in de werking opgenomen. Tijdens een eerste gesprek wordt de dienst voorgesteld, wordt kort gepeild naar de reden van de vraag naar psychiatrische thuiszorg, wordt het aanvraagformulier ingevuld en gevraagd of een verwijzer kan worden aangeduid. Tijdens een tweede, meer gestructureerd gesprek wordt het aanvraagformulier overlopen om de persoon beter te leren kennen. Essentieel voor het opstarten van de psychiatrische thuiszorg is het bespreken van de haalbaarheid en de wenselijkheid ervan, met de cliënt, de verwijzer en binnen het team.

3.3.9.2 Houding tegenover geïnterneerden en FPA's

Hoewel de dienst nog vrij jong is, werd reeds een vraag tot begeleiding van een geïnterneerde gesteld aan PTZ Walden. Deze is echter uiteindelijk vanuit de kant van de verwijzer afgebroken. Tot op heden werden dus nog geen geïnterneerden begeleid door de dienst. Er blijkt echter geen principiële weerstand tegen opvolging van deze groep te zijn. Wel wordt

²⁴³ Naast de rechtstreekse hulpverlening, wordt ook overleg gepleegd en samenwerking georganiseerd met andere professionele zorgverstrekkers, met familie of andere belangrijke derden, in het kader van een gecoördineerd zorgaanbod of als ondersteuning van de bestaande zorg. Tevens wenst PTZ Walden bestaande thuiszorgdiensten te ondersteunen in het omgaan met personen met een psychiatrische problematiek, door middel van intervisie, casusbesprekingen of het geven van informatie.

gewezen op het belang om gevaarssituaties in te schatten en geldt als voorwaarde dat er voldoende overleg gepleegd moet worden omtrent de juridische situatie van betrokkene, zodat PTZ Walden goed geïnformeerd is. Daarenboven lijkt de nood aan samenwerking met andere instanties ook voor deze groep cliënten aangewezen. Zoals aangehaald, betreft PTZ Walden een vrij jonge dienst, die op bepaalde vlakken ijvert naar samenwerking, om op dergelijke manier gezamenlijk expertise op te bouwen en uit te wisselen. Dit geldt heel zeker op vlak van internering, wanneer zich dergelijke aanvragen aandienen. Tenslotte blijft ook hier, net als voor de andere cliënten de vraag naar de haalbaarheid en de wenselijkheid essentieel.

Vanuit de FPA's werden betreffende de 'medium veiligheidsgroep' geïnterneerden nog geen aanvragen gericht tot PTZ Walden. Dhr. VAN DIEVOET getuigt echter van vertrouwen in de projecten van Justitie en Volksgezondheid: wanneer men daar het signaal geeft dat men gelooft in de mogelijkheid van begeleiding door PTZ Walden voor een bepaalde patiënt, dan is men bereid deze keuze te respecteren en te vertrouwen op de deskundigheid van een dergelijke beslissing. Binnen het team zal de uiteindelijke beslissing worden genomen.

De FPA's worden door Dhr. VAN DIEVOET als positief benaderd, in die zin dat hun doelgroep zeker aandacht verdient en dat het lovend is dat er op een wetenschappelijke en deskundige manier iets wordt ondernomen voor hen. Opmerkingen worden echter gemaakt bij de inplanting van de afdelingen in het UPC Sint-Kamillus: zowel de plaats als de manier waarop deze afdelingen als prestigeproject werden behandeld, zorgen voor commotie binnen het ziekenhuis. Ook op vlak van beeldvorming en imago, naar de andere afdelingen binnen het ziekenhuis toe, of zelfs van het UPC naar buiten toe, lijkt de komst van deze nieuwe afdelingen geen al te goede zaak, meent Dhr. VAN DIEVOET.

3.4 Besluit

Uit de vele interviews afgenomen bij verschillende instanties en betrokkenen op vlak van de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA komen vaak dezelfde klanken terug. In de eerste plaats wijzen we op de (bijna unanieme) eensgezindheid over het positieve van de oprichting van de FPA's: de afdelingen worden toegejuicht daar ze kansen vormen om een therapeutische werkelijkheid aan te bieden aan een aanzienlijk deel van de geïnterneerdenpopulatie. Op de tweede plaats blijkt dat tot op heden weinig vragen tot

doorverwijzing zijn gesteld vanuit de FPA's aan de bevroegde voorzieningen. Dit dient eigenlijk niet te verwonderen, daar het uiteindelijk om vrij recente afdelingen gaat en een behandeling duurt een tijdje. Er zijn al verschillende 'medium veiligheidsgroep' geïnterneerden doorverwezen, maar tot op heden bleken deze doorverwijzingen in grote mate beperkt te zijn gebleven tot de overgang van de gesloten afdeling FPA naar de open oriëntatieafdeling FPC, of in het slechtste geval naar een strafinrichting of inrichting van sociaal verweer. Bijgevolg diende de vraag naar de mogelijkheden en moeilijkheden bij doorverwijzing van de 'medium veiligheidsgroep' vooral voorwaardelijk gesteld te worden.

Met betrekking tot de oprichting van de FPA's maken trouwens nogal wat voorzieningen zich bedenkingen bij de (negatieve) beeldvorming die deze afdelingen met zich mee kunnen brengen voor het ziekenhuis en de buurt, maar ook binnen het ziekenhuis zelf, naar familie en andere patiënten toe. Ook de opmerking dat de FPA's een negatieve invloed zouden hebben op de opname van de 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden is frequent te horen. Een positieve noot richt zich op de hoop dat de FPA's mogelijkerwijze zullen garant staan voor degelijke en actuele informatie omtrent de patiënten.

Overgaand tot de mogelijkheden om een goede doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA te realiseren, werd allereerst gewezen op de nood aan samenwerking, niet alleen van overheidswege, maar ook tussen voorzieningen onderling. Het zorgcircuit dat reeds in zekere mate is uitgebouwd tussen het OPZ Rekem en het OPVT Hotel MIN duidt op een dynamische samenwerking, waar patiënten vrij gemakkelijk kunnen worden doorverwezen. Het plan om in het kader van de uitbouw van een netwerk voor de opvang van geïnterneerden een doorgangshuis te creëren binnen de samenwerking tussen het UPC en de VZW Walden kan dan ook worden toegejuicht. Een belangrijke factor die hier een rol speelt, blijkt het aanbieden van een zekere terugnamegarantie te zijn. Ook een goede intake en voldoende informatie over de betrokken persoon zijn voorwaarden om een doorverwijzing kans op slagen te geven. De aanwezigheid van een geneesheer-psychiater in de eigen voorziening die tevens in meerdere instellingen actief is, of rechtstreeks betrokken is bij de interneringsproblematiek, vanuit zijn positie als lid van de CBM of functie binnen het gevangeniswezen schijnt het opnemen van geïnterneerden in de eigen voorziening evenzeer op een gunstige manier te beïnvloeden.

Bijna alle bevroagde voorzieningen hebben in het verleden reeds geïnterneerden opgenomen of begeleid, zij het dan dat het bijna uitsluitend geïnterneerden behorend tot de ‘lage veiligheidsgroep’ betrof. Dit neemt niet weg dat deze voorzieningen reeds bepaalde ervaringen hebben kunnen opdoen in het begeleiden of behandelen van geïnterneerden, hetzij positief hetzij negatief. Sommige respondenten gaven aan dat de manier van werken weinig tot niets verschilt in vergelijking met andere niet-geïnterneerde patiënten. Anderen waren van mening dat, hoewel de benadering dezelfde blijft, geïnterneerden toch een intensievere begeleiding of striktere opvolging vergden. Verschillende respondenten vonden dat er voldoende vertrouwen moest geschonken worden aan de doorverwijzende instantie, ook wanneer het zogenaamde ‘medium veiligheidsgroep’ geïnterneerden betreft: wanneer de doorverwijzer meent dat een patiënt klaar is om de overstap te maken, dan dient dit ook gerespecteerd te worden. Vanuit tegengestelde hoeken klonk de opmerking dat een spreidingsbeleid aangewezen lijkt betreffende geïnterneerden, en nog meer ‘medium veiligheidsgroep’ geïnterneerden, zowel naar personeel van de voorziening, als naar de rest van de patiënten- of bewonersgroep. Tenslotte, wijzen we op de vaststelling dat bij geen van de bevroagde voorzieningen een principiële weerstand tot opname van geïnterneerden werd vastgesteld. Dit kan misschien in enige mate te maken hebben met een verbloeming van de standpunten, maar niettemin is de openheid positief te noemen.

De keerzijde van de afwezigheid van principiële weerstand wordt echter ruimschoots in evenwicht gebracht door de vele bedenkingen en hindernissen die aangehaald worden wanneer de vraag tot doorverwijzing van geïnterneerden wordt gesteld. In eerste instantie wordt hierbij gewezen op de beperkingen van de eigen dienst of instelling en het gebrek aan middelen of aangepaste infrastructuur. Echter ook de pathologie zelf kan ertoe leiden dat vraagtekens worden geplaatst de mogelijkheid iemand op te nemen. Daarnaast dient gewezen te worden op enerzijds het algemene plaatsentekort in de GGZ en anderzijds het gebruik van wachtlijsten in bepaalde voorzieningen, wat ervoor kan zorgen dat geïnterneerden vlugger uit de boot dreigen te vallen. Ook het gebrek aan expertise en de drempelvrees om samen te werken kunnen belemmerende factoren zijn.

SLOTBESCHOUWING

Lange tijd is de aandacht voor de behandeling van geïnterneerden van overheidswege minimaal geweest. Ondanks de aanwezigheid van de mogelijkheid voor de CBM's om geïnterneerden te verwijzen naar reguliere inrichtingen, zijn daar nooit financiële tegemoetkomingen voor vrijgemaakt. Desondanks konden een aantal geïnterneerden doorstromen naar reguliere voorzieningen. Het betrof hier de zogenaamde 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden. Dat deze doorverwijzingen niet altijd even voor de hand liggend waren, blijkt uit het aanschouwen van enkele belemmeringen die werden aangegeven: problemen rond de juridische aansprakelijkheid van de voorziening; vrees voor een negatieve invloed, zowel naar de patiënten en hun familie toe, als voor de naam van de instelling; de chroniciteit van de populatie; gebrek aan actuele informatie betreffende de geïnterneerde; het niet aangepast zijn van de voorzieningen aan de opname van 'gevaarlijke' patiënten, enzovoort.

Recent zijn echter verschillende ontwikkelingen op gang gekomen, die de geïnterneerde, en vooral zijn behandeling in het daglicht plaatsen. Hierbij wordt in de eerste plaats gedacht aan de FPA's, maar ook uit de nieuwe wetsvoorstellen omtrent de internering van delinquenten met een geestesstoornis, blijkt de aandacht op vlak van de uitvoering van de maatregel te zijn toegenomen in het voordeel van de geïnterneerde: in de nieuwe Commissies zou een assessor sociale reïntegratie zetelen, de beslissing over de plaats van de uitvoering van de internering gebeurt in het belang van de geïnterneerde en er wordt expliciet melding gemaakt van de doelstelling de zorgen te verstrekken die de toestand van de geïnterneerde vereist, met het oog op de reïntegratie in de maatschappij. Ook de oprichting van het POKO zou een belangrijke rol kunnen spelen, wanneer het gaat om de behandeling van geïnterneerden, immers het centrum zou de ideale plaats zijn om de nodige expertise op te bouwen.

Daarnaast zijn er, zoals aangehaald, onmiskenbaar de FPA's die als teken van engagement van overheidswege kunnen beschouwd worden. Immers er zijn financiële middelen vrijgemaakt, en uit voorafgaand overleg bleken de hoofden ook op beleidsvlak in dezelfde richting gedraaid te zijn. Het is dan ook te betreuren dat bij het moment van uitvoering, toch geopteerd werd voor aparte projecten van het Ministerie van Justitie en

anderzijds de Ministeries van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Samenwerking, zoals ook gebleken is in Nederland, over de grenzen van de Ministeries heen, vormt een belangrijke factor in het ontwikkelen van een degelijk opvangbeleid voor geïnterneerden. Hierbij dient elk van de partners in te staan voor die aspecten waar ze de verantwoordelijkheid voor dragen. Door de handen in elkaar te slaan, ook op beleidsniveau, kan de doorstroming van geïnterneerden naar reguliere voorzieningen vlotter verlopen.

Ook tussen de voorzieningen onderling dient meer werk gemaakt te worden van samenwerking, wanneer de vraag naar doorverwijzing van een geïnterneerde uit een FPA's wordt gesteld. Terugnamegaranties blijken hierbij zelfs van doorslaggevende aard, wanneer het gaat om 'moeilijker' geïnterneerden. Maar ook het vertrouwen in de partner die de vraag tot doorverwijzing stelt, of de eenvoudige bereidwilligheid om samen te werken zijn stappen in de goede richting. De sector van de geestelijke gezondheidszorg gaat zich steeds meer richten op de patiënt, en in het belang van die patiënt dient continuïteit in de zorg voorzien te zijn. Die komt er slechts mits de ontwikkeling van samenwerking en samenwerkingsverbanden op vlak van doorstroming. In dit kader werd verwezen naar de uitbouw van netwerken en zorgcircuits. Deze bieden heel wat kansen op vlak van doorverwijzing. Ook de FPA zelf dient hierbij een rol te spelen en zelf initiatieven te ontwikkelen. Aandacht is echter geboden wanneer blijkt dat de oprichting van de FPA's de reeds gevormde netwerken, zowel intern als extern, gaat verstoren vanwege het zich opnieuw in de steek gelaten te voelen door de overheid. De oprichting van de nieuwe afdelingen is inderdaad wijd en luid verspreid geworden, waardoor het leek alsof het jarenlange stille werk voor de opvang van 'lage veiligheidsgroep' geïnterneerden over het hoofd werd gezien.

De nadruk wordt gelegd op de uitbouw van een gespecialiseerd, gedifferentieerd netwerk van voorzieningen, geïntegreerd binnen de reeds bestaande hulpverlening. Er wordt met andere woorden gesteld dat bepaalde gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn, zoals nu de oprichting van de FPA's. Deze vraag naar een gespecialiseerde instelling zou aan de orde kunnen zijn wat betreft de doorverwijzing van 'medium veiligheidsgroep' geïnterneerden naar het vierde echelon in de GGZ, wanneer terugkeer naar een zelfstandige woon- en leef situatie niet waarschijnlijk meer is. Immers binnen het bredere veld van de GGZ worden steeds minder plaatsen ingericht met het oog op een echt verzorgende functie. Daar men bovendien vaak met ellenlange wachtlijsten te maken heeft en een keuze kan maken tussen het aanbod, is het

weinig onwaarschijnlijk dat de geïnterneerden uit de boot dreigen te vallen. Aan de andere kant dient men er bij de uitbouw van een netwerk voor behoed te zijn dat deze voorzieningen niet geïsoleerd worden, of zich afsnijden van het bestaande aanbod in de GGZ. Zoniet, zal doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA moeilijk te verwezenlijken zijn. Immers het stigma dat rust op internering en geïnterneerden, mag niet over het hoofd gezien worden. Vandaar dat ook in Vlaanderen dient gepleit te worden voor het uitbreiden van de naamsbekendheid van de forensische psychiatrie. Het is dan ook belangrijk dat de doorverwijzer een eerlijk beeld te schetsen van de geïnterneerde, zoniet kan de opname op een ontgoocheling uitdraaien, waarbij geen van beide partijen, maar ook de geïnterneerde zelf gebaat is. Ten slotte dient rekening gehouden te worden met het gewicht dat de doorverwijzing van ‘medium veiligheidsgroep’ geïnterneerden kunnen hebben op de rest van de afdeling of voorziening. Er wordt dan ook gepleit voor een zeker spreidingsbeleid, zowel naar voorzieningen, als binnen voorzieningen zelf.

BIBLIOGRAFIE

- WETGEVING

Art. 71, Sw.

Wet 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers, *B.S.* 17 juli 1964.

Wet 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *B.S.* 27 juli 1990.

Wet 10 februari 1998 tot wijziging van de wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en de gewoontemisdadigers teneinde de advocaat van de geïnterneerde het recht toe te kennen beroep in te stellen tegen de beslissing van de commissie tot bescherming van de maatschappij die een verzoek om invrijheidstelling afwijst, *B.S.* 18 maart 1998.

K.B. 19 april 1999 tot instelling van een Penitentiaal Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum met het statuut van Wetenschappelijke inrichting van de Staat, *B.S.* 8 mei 1999.

K.B. 9 maart 2001 tot vaststelling van de personeelsformatie van het "Penitentiaal Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum", *B.S.* 30 maart 2001.

K.B. 25 september 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 1999 houdende instelling van een Penitentiaal Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum met het statuut van Wetenschappelijke inrichting van de Staat, *B.S.* 13 februari 2003.

Wetsontwerp betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis, *Parl. St.* Kamer 2002-2003, nr. 2452/001.

Wetsontwerp tot wijziging van de wetten betreffende voorwaardelijke invrijheidsstelling en tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *Parl. St.* Kamer 2002-2003, 2453/001.

- LITERATUUR, DOCUMENTEN en ANDERE UITGAVEN

BOLLEN, P., "Van vrijblijvende reflectie tot concrete actie. Recente beleidsinitiatieven tegen de verwaarlozing van geïnterneerden.", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 25-31.

CASSELMAN, J., "Recente ontwikkelingen in verband met de opvang van geïnterneerden in Vlaanderen", in X., (ed.), *Actuele thema's uit de criminologie*, Leuven, Universitaire Pers, 2003, in druk.

CASSELMAN, J., "Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg in België. Ongelooflijk maar waar", *Psychiatrie en Verpleging*, 2002, 280-289.

- CASSELMAN, J., "Forensisch Psychiatrische Eenheden: nu of nooit!", *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 2000, 148-152.
- CASSELMAN, J., *Hulpverlening onder druk. Gerechtscliënten in de geestelijke gezondheidszorg*, in *Naar een geestelijk gezonde samenleving*, Mechelen, Kluwer, 2002, 126p.
- CASSELMAN, J., "Begint er licht te schijnen aan het einde van de duistere tunnel?", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 37-41.
- CASSELMAN, J., "De hervorming van de internering. Worden geïnterneerden er beter van?", *Alert*, 2002, afl. 2, 82-91.
- CASSELMAN, J. en COSYNS, P., (eds.), *Gerechtelijke Psychiatrie*, Leuven, Garant, 1999, 113p.
- CASSELMAN, J. en COSYNS, P., (eds.), *Internering*, Leuven, Garant, 1997, 125p.
- COSYNS, P., "Internering: een doorbraak in het herzieningsproces van de wet?", *Panopticon*, 1999, 313-318.
- DE VUYSERE, S., *Internering in België: knelpunten en mogelijke verbeteringen*, onuitg., Licenciaatsverhandeling Criminologische Wetenschappen, KULeuven, 1996-'97, 120p.
- DE VUYSERE, S., "[De Commissies ter Bescherming van de Maatschappij van Antwerpen, Gent en Leuven: een vergelijking van de geïnterneerdenpopulatie]", *Panopticon*, 2003, in druk.
- DE WIT, J., "Zestig jaar: geen commissies meer (van) doen", *Alert*, 1990, afl. 3, 29-32.
- DIENST JUSTITIËLE INRICHTINGEN, *TBS, een bijzondere maatregel*, Den Haag, 1998, 18p.
- FOKKENS, J., HOFSTEE, E., VAN MARLE, H., SCHALKEN, T. en VERHAGEN, J. (eds.), *Overheid en patiënt: ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Arnhem, Gouda Quint, 1993, 350p.
- GOETHALS, J., *Abnormaal en delinkwent: de geschiedenis en het actueel functioneren van de wet tot bescherming van de maatschappij*, Antwerpen, Kluwer, 1991, 332p.
- GOETHALS, J., "De wet ter bescherming van de maatschappij in België", *Justitiële Verkenningen*, 1993, afl. 3, 116-140.
- HEIMANS, H., "Is er nog hoop voor geïnterneerden?", *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 7-24.

LAMPAERT, F. (ed.), *Gevangenis en samenleving II*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1994, 239p.

LISSENBERG, E., VAN RULLER B. en VAN SWAANINGEN, R., (eds.), *Tegen de regels III. Een inleiding in de criminologie*, Nijmegen, Ars Aequi Libri, 1999, 383p.

MAES, B., MIEDEMA, A. en PAESEN, L., “De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg”, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2001, 575-578.

MARTIN, V., “Internering in Vlaanderen of het verhaal van vele gemiste kansen”, *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 54-60.

MINISTERIE VAN JUSTITIE, *Commissie internering: voor de herziening van de wet tot bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964: eindverslag*, Brussel, Ministerie van justitie, 1999, 120 p.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, *1990: een mijlpaal voor de psychiatrische sector. Conceptie en concretisering van het beleidsplan in de psychiatrie*, Brussel, Ministerie van Volksgezondheid en leefmilieu, 1990, 80p.

MUYS, C. en VANDENBROUCKE, M., “Hoe en onder welke voorwaarden zouden de psychiatrische inrichtingen kunnen bijdragen tot een andere aanpak van de internering?”, *Vl. T. Gez.* 1991-'92, afl. 5, 64-68.

NASSEN, E., THEUNIS, K., DU LAING, L. en VANHOLSBEKE, J., *Nieuw beschrijvend begrippenkader Geestelijke Gezondheidszorg*, Brussel, Verbond der Verzorgingsinstellingen, 1999, 107p.

OEI, T. en GROENHUIJSEN, M. (eds.), *Forensische Psychiatrie anno 2000. Actuele ontwikkelingen in breed perspectief*, Deventer, Gouda Quint, 2000, 474p.

PONCELET, J., “Geestelijke gezondheidszorg in historisch perspectief”, *Overspil*, juni 1998, speciale editie, 5-7.

PONCELET, J., “Op weg naar een nieuwe geestelijke gezondheidszorg...”, *Overspil*, juni 1998, speciale editie, 1-2.

RECLASSERING CAW LEUVEN, *Opvang geïnterneerden vrij op proef*, Leuven, CAW Leuven, s.d., 28p.

SINS, A., “Transmurale behandeling van gedetineerden”, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2001, 981-984.

UNIVERSITAIR PSYCHIATRISCH CENTRUM SINT-KAMILLUS, *Informatiebrochure nieuw personeel en stagiairs*, onuitg., 22 mei 2002.

VANDEMEULEBROEKE, O., VANDENBROUCKE, M en VERHAEGHE, P., *Wet tot bescherming van de maatschappij en de bejegening van psychisch gestoorde delinquenten in België/ Loi de défense sociale et traitement et guidance des délinquants avec un trouble mental en Belgique*, onuitg., 2001, 27-59.

VANDENBROUCKE, F., *Beleidsnota van de minister van Volksgezondheid en van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen. De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*, Brussel, maart 2001.

VANDENBROUCKE, M., “Internering ter discussie”, *De orde van de dag*, 2001, afl. 15, 33-36.

VANDENBROUCKE, M., BRAUN, P. en VANDEMEULEBROUCKE, O., “‘Forensische psychiatrie in ontwikkeling’ UPC St-Kamillus Bierbeek, 2 april 2003”, *Panopticon*, 2003, 397-399

VAN EMMERIK, J., “Kenmerken van ter beschikking gestelden: een follow up”, *Sancties*, 1995, 285-300.

VAN EMMERIK, J., “De last van het getal. Een overzicht in cijfers van de maatregel tbs”, *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 9-32.

VAN EMMERIK, J. en BROUWERS, M., *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*, Den Haag, Ministerie van Justitie, 2001, 173p.

VAN KOPPEN, P., HESSING, D., MERCKELBACH, H. en CROMBAG, H. (eds.), *Het recht van binnen. Psychologie van het recht*, Deventer, Kluwer, 2002, 1030p.

VAN MARLE, H. en VAN ESCH, C. (eds.), *Werk in uitvoering: penitentiaire forensische psychiatrie. Liber amicorum voor Jacques Eizenga*, Deventer, Gouda Quint, 1998, 194p.

VAN MARLE, H., “TBS op maat. Een overzicht van de discussie”, *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 40-54.

VAN VLIET, J., *Verslag van het project “actieplan uitstroom TBS”*, s.l., Ministerie van Justitie, 1998, 128p.

VAN VLIET, J., “Onderzoek naar kwaliteit in de TBS en relatie met de algemene geestelijke gezondheidszorg”, *Proces*, 2001, 59-63.

WERKGROEP ‘FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN DADERHULP’, *Verwijsgids ‘Forensisch zorgaanbod’ voor meerderjarigen binnen de GGZ*, in druk, Hasselt, Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg, 2003, 17p.

WERKGROEP INTERDEPARTEMENTAAL BELEIDSONDERZOEK
TERBESCHIKKINGSTELLING, *'Over stromen' in-, door-, en uitstroom bij de TBS, IBO-
ronde 1997, rapport nr.10*, s.l., Ministerie van Justitie, 1998, 249p.

X., "Een eenheid voor forensische psychiatrie in een psychiatrisch ziekenhuis: utopie en
realiteit", *Panopticon*, 1994, 76-88.

X., Brochure 'Centrum Algemeen Welzijnswerk Leuven. Bondgenoot van Mensen', Leuven,
s.d.

X., *Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost. Overzicht van de
activiteiten. Werkingsjaar 2001*, Leuven, CGG Vlaams-Brabant Oost, 2002, 88p.

X., *Het forensisch circuit in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. Een aanzet met een
perspectief op de toekomst*, onuitg., 27-11-2001.

X., *Overeenkomst betreffende de betalingsmodaliteiten met betrekking tot een contract voor
navorsingswerk "Pilotproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor de
geïnterneerden met als doel een zo groot mogelijke resocialisatie van die patiënten."*, onuitg.,
2001.

X., "Voorwoord", *Justitiële Verkenningen*, 1999, afl. 4, 5-8.

BIJLAGE I: Interviewleidraad

- 1) Kunt u even de dienst toelichten? (ruimer kader, werking, taken, doelstellingen..)
Welke diensten bieden jullie aan?
- 2) Tot welke doelgroep richt de dienst zich?
Zijn er bepaalde criteria waaraan cliënten moeten aan voldoen, evt. met betrekking tot hulpvraag of achterliggende problematiek?
Worden er bepaalde exclusiecriteria gehanteerd?
Hoe verloopt de procedure wanneer een aanvraag tot doorverwijzing wordt gesteld?
- 3) Hoe komen mensen bij jullie terecht?
Indien zij naar jullie worden doorverwezen, welke instanties zijn dan de voornaamste doorverwijzers? (ook Sint-Kamillus?)
Zijn er samenwerkingsakkoorden afgesloten met bepaalde instellingen of diensten?
- 4) Zijn er in het verleden reeds geïnterneerden naar deze dienst doorverwezen?
Door welke instantie?
Werden die hier ook behandeld of begeleid?
Welke ervaringen hadden jullie met dit publiek?
Wordt bij de geïnterneerden bijzondere aandacht besteed aan bepaalde elementen?
- 5) Sinds enkele jaren, wordt geïnvesteerd in specifieke Forensisch Psychiatrische units.
Zijn jullie op de hoogte van deze afdelingen en eenheden? (bijv. doelgroep, doelstellingen, problemen,...)
Hoe staat u tegenover de oprichting van deze afdelingen?
- 6) Zijn er reeds aanvragen tot jullie dienst gericht betreffende de opname van geïnterneerden vanuit de FPA's?
Hoe staan jullie tegenover dergelijke vragen?
- 7) Welke mogelijkheden, maar ook welke moeilijkheden ziet u bij de eventuele doorverwijzing van geïnterneerden vanuit deze afdelingen naar deze instelling?
Algemeen bekeken, welke mogelijkheden en moeilijkheden schat u in bij de doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA?
- 8) Worden cliënten/patiënten van hier uit nog verder doorverwezen?
Zo ja, naar welke voorzieningen?

BIJLAGE II: Lijst van bevraagde personen en instanties in het kader van de verhandeling ‘Doorverwijzing van geïnterneerden vanuit een FPA’

<u>Contactpersoon</u>	<u>Functie</u>	<u>Instelling</u>	<u>Datum</u>
Dhr. ALLEMEERS Bert	Psycholoog, afdeling volwassenen en ouderen	CGG Vlaams-Brabant Oost Vital Decosterstraat 86 3000 Leuven	29 april 2003
Dr. CLAUS Tony	Psychiater nachtkliniek	Psycho-Sociaal Centrum Leuven Mechelsestraat 84 3000 Leuven	25 april 2003
Dhr. DE BAETS Luc	Coördinator	Nakuurhome Papiermoleken Oude Baan 293 3000 Leuven	28 februari 2003
Mevr. D’HAENE Anneleen	Administratie Gezondheidszorg Beleidscel samenleving en criminaliteit	Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap Markiesstraat 1 1000 Brussel	13 maart 2003
Dr. GERITS Pol	Psychiater en Verantwoordelijke Dienst Geestelijke Gezondheidszorg	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu Esplanade Pacheco-Laan 19b5 1010 Brussel	5 mei 2003
Dhr. GEVERS Paul Mevr. VAN GOOL Els	Sociale dienst Psychologe	OPVT Hotel Min Lange Scholierstraat 98 2008 Antwerpen	10 maart 2003

Dhr. HENKENS Ivan	Afdelingshoofd RS	Resocialisatie-eenheid UPC Sint-Kamillus Bierbeek Krijkelberg 1 3360 Bierbeek	28 november 2002
Mevr. MARIËN Hannelore	Begeleiding Reclassering	Dienst Reclassering CAW Leuven Lepelstraat 9 3000 Leuven	17 april 2003
Dhr. NISSEN Dirk	Coördinator	V.Z.W. Walden Krijkelberg 1 3360 Bierbeek	18 december 2002
Dhr. PLESSERS Bert	Stafmedewerker	Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg Universiteitslaan 1 3500 Hasselt	17 april 2003
Dr. VANDENBROUCKE Max	Geneesheer-directeur Psychosociale Dienst, directoraat-generaal van de Strafinrichtingen – Gerechtspsychiater – Geneesheer- Psychiater FPC	UPC Sint- Kamillus Bierbeek Krijkelberg 1 3360 Bierbeek	10 januari 2003
Dhr. VAN DIEVOET Patrick	Psychiatrisch Verpleegkundige	Psychiatrische Thuiszorg Walden Krijkelberg 1 3360 Bierbeek	6 maart 2003

Dr. VERELST Rudy	Geneesheer- Psychiater CBM Leuven en FPA - FPB - FPC	UPC Sint-Kamillus Bierbeek Krijkelberg 1 3360 Bierbeek	25 april 2003
Dhr. VERMEIREN Raf	Criminoloog FPA - FPB - FPC	Sint-Kamillus Bierbeek Krijkelberg 1 3360 Bierbeek	25 april 2003