

INGE JEANDARME^a,
 BEN VAN HEESCH^b,
 LAURENT DE BOEL^c,
 INGRID DEKKERS^d,
 GOKHAN GOKTAS^e &
 GEERT VERBEKE^f

High security geïnterneerden: Wie zijn zij? Waar komen ze vandaan? Waar gaan zij (niet) naartoe?



Panopticon, 41 (5), 448-466
 © 2020 Maklu | ISSN 0771-1409 | September 2020

- a Hoofdgeneesheer, FPC Antwerpen en hoofddocent, LINC, KULeuven (corresp.: ingeborg.jeandarme@fpcantwerpen.be)
- b Hoofd griffie, FPC Gent
- c Hoofd juridische dienst, FPC Gent
- d Hoofd griffie, FPC Antwerpen
- e Hoofdgeneesheer, FPC Gent
- f Algemeen directeur, FPC

HIGH SECURITY INTERNEES: WHO ARE THEY? WHERE DO THEY COME FROM? WHERE ARE THEY (NOT) GOING TO?

Due to a shortage of forensic psychiatric beds in Belgium, internees with a high security need, often stayed in detention for a long time. Since 2014, Flemish internees are being treated in Forensic Psychiatric Centers (FPC). Research concerning high security populations is scarce. This study reports on the first findings in Flanders. The population consisted of 585 patients placed under a mandatory treatment order (“internment”) in one of the two FPCs. The population is characterized by a high number of personality disorders, psychotic disorders and comorbidity. Judicial histories are extensive, with a high number of sexual index offences. During a five-year follow-up period, the number of referrals back to prison was low. Nearly a quarter of the population was discharged to a setting with a lower security level. However, many other referrals were not accepted. The study also showed that a subpopulation emerges with longer lengths of stay than anticipated. These patients are characterized by a higher number of personality disorders and more specifically higher psychopathy traits. The study highlights the need for clear criteria to estimate the required security level or transfer to a less secure setting, which are not yet available at this point.

Keywords: high security, internment, Forensic Psychiatric Center
Kernwoorden: high security, internering, Forensisch Psychiatrisch Centrum

1. INLEIDING

In België kan aan ontoerekeningsvatbare daders de maatregel tot internering opgelegd worden. Internering is geen straf, maar een beveiligingsmaatregel die het kader vormt waarbinnen zorg aan de geïnterneerde persoon mogelijk wordt met het oog op een maximaal haalbare vorm van maatschappelijke re-integratie. Op 1 december 2017 waren er in België 3.421 geïnterneerden (SEYNNAEVE et al., 2018), waarvan ongeveer een vierde in detentie verbleef (FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE, 2018). De populatie geïnterneerden is zeer heterogeen en omvat zowel *first offenders* als gewoontemisdadigers en indexdelicten die gaan van

vandalisme tot moord¹. Op het vlak van psychiatrische diagnostiek vindt men soms enkelvoudige problematiek terug (bv. postnatale depressie, schizofrenie), maar veelal is er sprake van het samen voorkomen van meerdere psychiatrische stoornissen (psychose, persoonlijkheidsstoornis, intellectuele beperkingen, middelenmisbruik) (JEANDARME & SCHIPAANBOORD, 2019). Sociodemografisch zijn de meeste geïnterneerden laagopgeleide, alleenstaande mannen van Belgische origine met een instabiele professionele carrière en justitiële antecedenten (JEANDARME & SCHIPAANBOORD, 2019).

Volgens de huidige wet betreffende de internering van personen (wet van 5 mei 2014, gewijzigd door de Potpourri III-wet van 4 mei 2016) beslissen de Kamers voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) op advies van gedragsdeskundigen over de tenuitvoerlegging van de internering. Geïnterneerden kunnen zowel residentieel als ambulantly behandeld worden, in reguliere of in forensisch psychiatrische voorzieningen. Vooral in Vlaanderen kende de opstart van een gespecialiseerd forensisch psychiatrisch aanbod echter een trage start. Een dagprevalentieonderzoek uitgevoerd op 15 september 2004 onder leiding van Prof. Cosyns, liet zien dat in Wallonie 24,9% en in Vlaanderen slechts 6,7% van de geïnterneerden op dat moment in een forensisch psychiatrische voorziening behandeld werd (COSYNS et al., 2007). Doordat de extrapenitentiaire opvangmogelijkheden ontoereikend waren (en zijn) om zorg te bieden aan alle geïnterneerden, blijven sommige geïnterneerden onnodig lang in detentie zitten. Op 24/12/2013 bedroeg de gemiddelde detentieduur bij Nederlandstalige geïnterneerden 4,8 jaar. Rekening houdend met de mediaan van 2,5 jaar betekent dit dat een aantal langere detentieperiodes het gemiddelde omhoog trokken; een detentieperiode van 10 jaar en meer werd genoteerd voor 14,4% van de dossiers (DECKERS et al., 2014). Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) was scherp in haar kritiek op de Belgische Staat voor de opsluiting van geïnterneerden in daartoe ongeschikte inrichtingen en vroeg in een pilootarrest om hieromtrent structurele maatregelen te treffen (EHRM 2016, nr. 113/2018). De laatste jaren werden aanzienlijke inspanningen geleverd om de opvang van geïnterneerden te verbeteren. Een overzicht van alle initiatieven terzake valt buiten het bestek van deze bijdrage maar werd recent beschreven door VERBEECK et al. (2019). De start van de *Medium Security Units* (MSU) in Bierbeek, Rekem en Zelzate rond de eeuwwisseling vormde een belangrijk scharnierpunt in de uitbouw van een gespecialiseerd zorgaanbod. Deze units werden opgericht om exclusief geïnterneerden met een matig risico- en beveiligingsprofiel te behandelen, waarbij de doelstelling van de behandeling gericht is op recidivevermindering. Een MSU beslist zelf welke geïnterneerden in aanmerking komen voor opname en kan bepaalde categorieën van patiënten zoals bijvoorbeeld patiënten met een hoge mate van psychopathie of zedendelinquenten weren. Ook moet de geïnterneerde zelf zich akkoord verklaren met de opnamevoorwaarden. Na een forensische MSU behandeling bleek de recidivedichtheid significant lager te liggen dan de antecedenten dichtheid voor behandeling, hetgeen een eerste indicatie is dat na een gespecialiseerde behandeling de kans op recidive daalt (JEANDARME et al., 2016). JEANDARME (2016) onderzocht het profiel van MSU patiënten en vond dat de demografische en diagnostische profielen grotendeels vergelijkbaar waren met MSU populaties in het buitenland. Verrassend was dat de justitiële antecedenten en de risicotaxatie scores eerder concordant waren met scores van patiënten met een hoge beveiligingsnood. Deze bevindingen werden bevestigd in een andere studie, waar de risicoprofielen bij Vlaamse MSU patiënten hoger lagen in vergelijking met Waalse hoog beveiligde patiënten (JEANDARME et al., 2018). Dit hoog risicoprofiel verklaart mogelijk waarom de behandelingen in de MSU's eerder moeizaam verliepen; 40,9% van de populatie

1 In de – inmiddels niet meer zo nieuwe – interneringswet werd een drempel voor interneringswaardige delicten geïnstalleerd. Sinds 1/10/2016 kunnen enkel misdaden of wanbedrijven die de fysieke of psychische integriteit van derden aantasten of bedreigen in aanmerking komen voor een interneringsmaatregel.

werd in de loop van het medium security traject ten minste één keer overgebracht naar de gevangenis (JEANDARME et al., 2017b). Drie jaar na de opstart van de MSU's bleken er zelfs meer geïnterneerden in de Vlaamse gevangenissen te zitten dan de jaren voordien (COSYNS et al., 2007). Het blijft onduidelijk of dit te maken had met een toename aan terugverwijzingen naar de gevangenis, dan wel met een aangroeiende interneringspopulatie. Het werd wel meer en meer duidelijk dat Vlaanderen nood had aan een hoog beveiligde instelling, een idee dat al in 1873 geopperd werd met het voorstel om een 'prison-hospice' te bouwen, een speciale instelling die zich zou situeren tussen een gevangenis en een psychiatrische inrichting (CASSELMAN, 2015). In 2004 nam toenmalig Minister van Justitie Laurette Onkelinx uiteindelijk de eerste initiatieven hiertoe die pas tien jaar later zouden leiden tot de opening van een eerste Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) in Gent in november 2014 en de opening van een tweede FPC in Antwerpen in augustus 2017.

1.1. High security Forensisch Psychiatrische Centra in Vlaanderen

Zowel FPC Antwerpen (182 bedden, waaronder maximaal 18 voorbehouden voor vrouwen) als FPC Gent (264 bedden) zijn federale instellingen voor de opvang van geïnterneerden. Beide gebouwen werden ter beschikking gesteld door de Regie der Gebouwen. De uitbating van de FPC's – zowel op het vlak van zorg als op het vlak van veiligheid – nam de federale overheid niet zelf op zich. Middels een Europees gepubliceerde aanbesteding werd deze opdracht in beide gevallen gegund aan een consortium, met als aandeelhouders Parnassia Groep, FPC de Kijvelanden en Sodexo Belgium². De financiering van de FPC's gebeurt door de federale overheid: deels door Justitie (facilitaire diensten, bewaking en bedrijfsvoering van de organisatie) en deels door het RIZIV (zorg, geneesmiddelen en medische honoraria). De bestaafingsnormen voor de FPC's zijn vastgelegd in het KB³ van 19/12/2014 in uitvoering van artikel 56, § 3ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de FPC's (BS 29/01/2015). De opvolging van de uitbating gebeurt door een Opvolgingscomité, bestaande uit vertegenwoordigers van de Regie der Gebouwen, de FOD Justitie, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het is in opdracht van en in overleg met dit Opvolgingscomité dat de Vlaamse Zorginspectie⁴ haar toezicht uitvoert, en het is ook dit Opvolgingscomité waaraan de Zorginspectie rapporteert en dat instaat voor de verdere opvolging.

De opdracht van de FPC's bestaat erin de geïnterneerden te behandelen met het doel het risico op het plegen van nieuwe strafbare feiten te verminderen en de achterliggende oorzaken van het delictgedrag weg te nemen of beheersbaar te maken. Het uiteindelijk doel hierbij is een veilige en verantwoorde terugkeer naar de maatschappij. Re-integratie kent in dit geval veel tussenvormen, van doorstroom naar een minder beveiligde setting tot zelfstandig wonen en werken.

Geïnterneerden worden in een FPC geplaatst door de KBM. Dit impliceert dat noch het FPC, noch de geïnterneerde deze opname kunnen weigeren. Dit verschilt met het verblijf in andere zorgvormen, waar patiënten quasi altijd verblijven onder het statuut "invrijheids-

2 Na de gunning van FPC Antwerpen werd de naam van de uitbater veranderd in Forensisch Psychiatrische Centra NV.

3 Volgens dit KB dient het FPC te beschikken over 21,25 VTE per 30 bedden waarvan 4 VTE verpleegkundigen.

4 Deze bevoegdheid werd gecreëerd middels het "Protocolakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap betreffende de uitoefening van inspectiebevoegdheden in de forensisch psychiatrische centra van Gent en van Antwerpen" (in werking tredend op 1 mei 2015). Het toezicht door Zorginspectie focust voornamelijk op de zorgaspecten, en daarnaast op de beveiliging wanneer deze onlosmakelijk verbonden is met de behandeling.

stelling op proef" (IOP), en de keuze om – mits positieve beslissing van de KBM – wel of niet op te nemen (of een opname te stoppen) hoofdzakelijk bij de instellingen zelf ligt. Ook de geïnterneerde zelf moet instemmen met de voorwaarden vooraleer kan overgegaan worden tot een IOP. In een FPC daarentegen zijn er geen voorwaarden verbonden aan de plaatsing zodat er ook geen sprake kan zijn van een schending van voorwaarden die een einde van het verblijf/de plaatsing zou kunnen betekenen. Dit impliceert dat in een FPC de behandeling in principe steeds wordt verdergezet, ook al doen er zich calamiteiten voor. Enkel bij een incident dat niet toe te schrijven is aan controleverlies vanuit de pathologie, maar duidelijk voorbereid, gecontroleerd en doelbewust is én waarbij de integriteit van de staf en/of de medepatiënten in ernstige mate wordt aangetast, zal een FPC de KBM verzoeken om een patiënt tijdelijk terug te plaatsen naar de gevangenis.

Een plaatsing in een FPC is in principe voorbehouden aan de groep geïnterneerden met een hoge beveiligingsnood of high security profiel. De term high security verwijst naar een hoge mate van beveiliging op verschillende gebieden: materiële beveiliging (bv. een ontsnapbestendig gebouw), procedurele beveiliging (bv. uitgebreid intern huishoudelijk reglement) en relationele beveiliging (bv. vroegsignalering) (KENNEDY, 2002). De KBM stelt de indicatie tot opname in een high security setting, na advies te hebben ingewonnen bij de psychosociale dienst van de gevangenis. Duidelijke criteria en procedures om tot een correcte inschatting van het nodige beveiligingsniveau te komen ontbreken echter. Dit gebrek aan een definitie en het onvermogen om de mate van beveiliging op een systematische en betrouwbare manier te bepalen zorgt voor een barrière om behandeling aan te bieden aangepast aan de behoefte van de geïnterneerde. De *Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency-1* (DUNDRUM-1) is een instrument dat gebruikt kan worden om ondersteuning te bieden voor het gestructureerd klinisch oordeel bij het bepalen van beveiligingsniveau (DUNDRUM; KENNEDY et al., 2016). Een recent artikel toonde een discrepantie tussen beslissingen van de KBM en inschattingen van beveiligingsniveau op basis van dit instrument: slechts 19,2% van de doorverwijzingen door de KBM naar een FPC kregen op basis van de DUNDRUM-1 eveneens een high security kwalificatie. De meerderheid (80,8%) kreeg op basis van de DUNDRUM-1 een lagere kwalificatie. De KBM's beslisten desondanks tot een doorverwijzing naar high security wegens uiteenlopende redenen zoals gebrek aan verblijfsrecht, weigering tot opname ofwel door instellingen met een lager beveiligingsniveau ofwel door de geïnterneerde zelf (JEANDARME et al., 2019).

1.2. High security forensische patiënten

Tot op heden werden geen cijfers met betrekking tot de populatie high security geïnterneerden in Vlaanderen gepubliceerd. Internationale studies toonden dat forensische patiënten met een hoge beveiligingsnood in hoofdzaak mannen waren, gemiddeld 28 – 38 jaar oud (BJØRKLÿ et al., 2010; BUCHANAN, 1998; CAPUZZI et al., 2019; JAMIESON & TAYLOR, 2005; JONES et al., 2011; PIMM et al., 2004). In de meeste gevallen ging het om blanken (BERRY et al., 2003; DARJEE et al., 2017). De indexdelicten worden zeer divers weergegeven, waardoor vergelijkingen soms moeilijk te maken zijn; toch lijkt het in de meerderheid te gaan om geweldsfeiten en in één op de vijf gevallen zelfs over levensdelicten (JAMIESON & TAYLOR, 2005; JONES et al., 2011). In de meeste artikels komen zedendelicten in minder dan 10% voor en in sommige artikels tot 25% (BERRY et al., 2003; CAPUZZI et al., 2019; JAMIESON & TAYLOR, 2005). De meest voorkomende psychiatrische diagnoses waren de psychotische stoornissen (CAPUZZI et al., 2019; JAMIESON & TAYLOR, 2005; PIMM et al., 2004). In Italië was een persoonlijkheidsstoornis negatief geassocieerd met opname in een high security forensische afdeling (CAPUZZI et al., 2019). De verblijfsduur bleek variabel te zijn. Zo was de mediane opnameduur in high security instellingen in Engeland en Wales 6,9 jaar (JONES et al., 2011), maar lag dit in Noorwegen aanzienlijk lager,

nl. minder dan één jaar (BJØRKLY et al., 2010). Volgens VÖLLM et al. (2018) verblijft 22% van de high security populatie in Engeland meer dan tien jaar in een high security instelling. Onderzoek wijst een aantal factoren aan die gerelateerd zijn aan langverblijvers in beveiligde instellingen zoals ernst van psychopathologie, ernst van delict, psychotische stoornis, geschiedenis van geweld, middelengebruik, niet meewerken met de behandelingen en een gebrek aan een geschikte *step-down* instelling (DELL et al., 1987; EDWARDS et al., 2002; HUBAND et al., 2018; JACQUES et al., 2010; SHAH et al., 2011). De meerderheid (66%) werd ontslagen naar een instelling met een lager beveiligingsniveau; 29% naar een vorm van beschut wonen of een ambulante setting en 5% werd terugverwezen naar de gevangenis (BUCHANAN, 1998). In Noorwegen lag het aandeel dat werd terugverwezen naar de gevangenis met één op de drie terugverwijzingen aanzienlijk hoger (BJØRKLY et al., 2010). In Engeland en Wales werd bijna één op vijf (18,8%) binnen de vijf jaar heropgenomen in de high security instelling (JONES et al., 2011). In Noorwegen steeg dit tot één op de vier patiënten (BJØRKLY et al., 2010).

1.3. Huidige studie

High security FPC's werden in Vlaanderen opgericht om behandeling te bieden aan de meest complexe groep geïnterneerden, met nood aan een hoog beveiligingskader. Wie uiteindelijk terecht komt in een FPC, blijft op dit moment echter onduidelijk, omdat tot nog toe geen gegevens over deze doelgroep verzameld werden. Evenmin is duidelijk hoe het verloop is van een behandeling in een FPC en in hoeverre tegemoet gekomen wordt aan een doelstelling die bij de opstart werd vooropgesteld, nl. het maximaal re-integreren van de geïnterneerden naar een minder beveiligde setting. Deze inzichten zijn relevant om het interneringsbeleid verder vorm te kunnen geven. Het doel is uiteindelijk om elke geïnterneerde uit de gevangenis en binnen de juiste setting te behandelen. Een plaatsing op een te hoog of te laag beveiligingsniveau is zorgelijk omdat er een hoge prijs verbonden is aan deze verkeerdelijke inschatting, zowel voor de patiënten (te lange behandelduur), de maatschappij (recidive, kostprijs) als voor de instellingen (incidenten). Daarnaast is een belangrijke doelstelling van het huidige interneringsbeleid een zorgtraject te creëren met voldoende doorstroming (bv. van hoge naar matige beveiliging) en uitstroom (bijv. van gespecialiseerde forensische zorg naar reguliere zorg), hetgeen in de praktijk op de nodige problemen kan stuiten. In de huidige studie wordt getracht op een aantal van deze vragen een antwoord te bieden, met name:

1. Wat is het profiel van de FPC populatie?
2. Vanwaar komen de geïnterneerden en hoe lang blijven zij in het FPC? Hoeveel doorstroom werd tot nog toe gerealiseerd?
3. Welke groep geïnterneerden blijkt moeilijk resocialiseerbaar?

2. METHODE

2.1. Procedure

In deze studie ($N = 585$) werd gebruik gemaakt van alle FPC dossiers van actueel of in het verleden opgenomen geïnterneerden in beide FPC's sinds de opening van FPC Gent (periode 17/11/2014 t.e.m. 16/11/2019). Justitiële gegevens werden bekomen via Uittreksels van het Centraal Strafregerregister en de detentiefiches. Overige gegevens werden gehaald uit het periodieke en geactualiseerd multidisciplinair psychosociaal-psychiatrisch verslag dat door het FPC aan de KBM werd overgemaakt. Cijfers over de totale populatie werden verzameld en vervolgens werd een vergelijking gemaakt tussen subpopulaties met betrekking tot het demografisch, justitieel, klinisch en risicoprofiel. Cijfers met betrekking tot de behandel-

duur en uitstroom werden door de griffies van beide FPC's ter beschikking gesteld. Wat de uitstroom betreft werd eveneens beroep gedaan op informatie opgevraagd bij de vervolginstellingen⁵.

Er werd voor dit onderzoek enkel gebruik gemaakt van informatie die in de loop van de behandeling voor klinische of juridische doeleinden verzameld werd. Het lokaal ethisch comité werd geïnformeerd over het onderzoek.

2.2. Setting en behandelvisie

Een behandeling binnen een FPC beoogt het reduceren van het recidiverisico. Naast het bio-psycho-sociaal model (ENGEL, 1977), worden het *Risk-Need-Responsivity Model* (ANDREWS et al., 1990) en het *Good Lives Model* (WARD & BROWN, 2004) hiervoor als leidraad genomen. Patiënten worden in principe eerst opgenomen op één van de afdelingen binnen de fase Observatie & Oriëntatie, waarbij de nadruk ligt op diagnostische verfijning en stabilisering van het psychiatrisch toestandsbeeld. Er wordt tevens nagegaan wat de zorgnood is en wat de behandel doelstellingen op individuele basis zijn. Naarmate de behandeling vordert, stromen de geïnterneerden intern verder door naar de andere fases (Doorgedreven behandeling, Resocialisatie/Re-integratie)⁶. FPC Antwerpen heeft 8 afdelingen en FPC Gent 12 afdelingen, en daarnaast plaatsen voor Zeer Intensieve Zorg (FPC Gent, $n = 24$; FPC Antwerpen, $n = 10$). Elke afdeling wordt multidisciplinair aangestuurd door een afdelingshoofd, -psycholoog en -psychiater en wordt gekenmerkt door een supportief milieu of een sociaal-therapeutisch milieu. In het supportief milieu zijn mentale stabilisering en een sterk gestructureerde leefomgeving belangrijke pijlers en ligt de nadruk op een behandeling op maat door ondersteuning te bieden waar nodig. De supportieve aanpak kent twee doelstellingen: enerzijds het voorkomen van ontregeling en terugval in ongecontroleerd gedrag en anderzijds het versterken van de identiteit van de individuele patiënt. In een supportief milieu worden voornamelijk patiënten met psychotische problematiek en patiënten met een verstandelijke beperking opgenomen. In een sociaal-therapeutisch milieu staat het versterken van het contact en de interactie van de patiënt met zijn omgeving centraal. Door de sociale omgang met medepatiënten en de afdelingsstaf leert de patiënt zich op een acceptabele manier te gedragen en wordt hem de mogelijkheid geboden om nieuw gedrag te oefenen. Patiënten worden op deze wijze geconfronteerd met de gevolgen van gedrag en leren gedrag aan te passen vanuit een passende sociale identiteit. In een sociaal-therapeutisch milieu worden voornamelijk patiënten met een persoonlijkheidsstoornis opgenomen. Steeds vormt het gepleegde delict (delictanalyse en risico-inventarisatie) in combinatie met de psychiatrische diagnose de basis voor de behandeling. Het inzicht verwerven in de gepleegde delicten en het omgaan met regels en normen was in het verleden voor veel geïnterneerden problematisch, en voor velen van hen is de behandeling in andere behandelsettings vaak net fout gelopen op basis van veiligheidsincidenten en het overtreden van regels. Het leren omgaan met grenzen van zichzelf en anderen is dan ook een belangrijke behandel doelstelling. Bij de opstart van FPC Gent werd een gemiddelde behandelduur van drie jaar en specifiek voor patiënten met een verstandelijke beperking een behandelduur van vier jaar⁷ vooropgesteld, evenwel met een grote standaardafwijking.

5 Na uitstroom neemt het FPC gedurende een jaar periodiek telefonisch contact op met de vervolgsetting.

6 Om het zorgbeleid op te volgen, worden maandelijks een aantal *Key Performance Indicators* (zoals het evalueren van de behandelplannen) vastgesteld en bijgestuurd.

7 Deze beoogde behandelduur hield rekening met een terugplaatsingsgarantie. In de initiële offerte werd voorzien dat uitgestroomde patiënten prioritair zouden kunnen heropgenomen worden in geval van problemen waardoor een verblijf in de vervolgsetting niet langer mogelijk was. Deze optie werd uiteindelijk niet weerhouden door de opdrachtgever.

2.3. Uitkomstmaten

Socio-demografische variabelen. Geslacht, leeftijd bij (eerste) opname in FPC, nationaliteit en verblijfsrechtelijke status werden nagegaan.

Justitiële variabelen. Het indexdelict werd in het geval van meerdere delicten gekwalificeerd aan de hand van het meest ernstige⁸ delict bij de index interneringsmaatregel(en). De indexdelicten werden geclusterd tot de volgende categorieën: levensdelicten of pogingen tot levensdelict, seksuele geweldsdelicten (hands-on), overige geweldsdelicten (o.a. slagen en verwondingen, brandstichting met gevaar voor personen, eigendomsdelict met geweld), verbale geweldsdelicten (bedreiging, stalking) en overige delicten (eigendomsdelicten, seksuele niet-gewelddadige delicten, vandalisme). Het aantal vonnissen en/of arresten op het strafblad (interneringen, veroordelingen en/of maatregelen door de jeugdrechtbank voor een als misdrijf omschreven feit) werd berekend. Een patiënt werd als *first offender* beschouwd indien deze geen antecedenten had op zijn of haar strafblad en slechts één lopende internering op het moment van opname in een FPC.

Klinische variabelen. Op klinisch vlak werd nagegaan of er voorafgaand aan de opname in een FPC al opnames hadden plaatsgevonden in een medium security voorziening of een andere high security voorziening (bv. in Zelzate of Doornik). Psychiatrische diagnoses werden gesteld volgens de vierde of vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*⁹. Het aantal DSM-4- of DSM-5 diagnoses werd berekend. Diagnoses werden gekwalificeerd aan de hand van de eerste of hoofddiagnose en geclusterd in volgende categorieën: persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen, parafiele stoornissen¹⁰ en overige stoornissen (zoals middelengerelateerde stoornissen, gedragsstoornissen of stemmingsstoornissen). Enkele diagnoses werden ook berekend ongeacht of zij als hoofd- of als bijkomende diagnose werden vastgesteld: verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijke beperking en parafiele stoornis. Gemiddelde intelligentiescores werden berekend aan de hand van diverse testen. De eventuele aanwezigheid van psychopathie werd vastgesteld aan de hand van de *Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; HARE, 2003)*. De hoogte van deze score geeft een indicatie van de mate waarin psychopathische kenmerken aanwezig zijn. De maximale score op de PCL-R bedraagt 40. Een score van 30 of meer wordt door de oorspronkelijke auteur aanzien als indicatief voor psychopathie. In Europa wordt een score van 25 of meer als indicatief voor psychopathie aanzien (COOKE & MICHIE, 1999).

Risicoprofiel. Het risicoprofiel werd beschreven aan de hand van de eerste afname van de Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie (HKT-R; SPREEN et al., 2014), waarvan de betrouwbaarheid en (predictieve) validiteit in eerder onderzoek werd aangetoond. De HKT-R is een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument dat een inschatting maakt over het risico op nieuwe geweldsfeiten in de komende maanden. De HKT-R bevat 33 indicatoren: 12

8 Deze indeling werd gebaseerd op basis van een morele ernst indeling die in Nederland ontwikkeld werd (BRAND, 2005) en werd vervolgens voor de Vlaamse situatie aangepast: Levensdelict – Poging levensdelict – Seksueel delict minderjarigen – Seksueel delict meerderjarigen – Brandstichting met gevaar voor personen – Overig geweldsdelict – Eigendomsdelict met geweld – Seksueel hands-off delict – Verbaal geweldsdelict – Brandstichting zonder gevaar voor personen – Eigendomsdelict zonder geweld – Delict in de familiale sfeer (bv. familieverlating) – Drugsdelict – Verkeersdelict – Ander delict (bv. vandalisme).

9 De DSM is een internationaal classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen. Sinds de introductie ervan in 1952, wordt er op geregelde tijden een update gepubliceerd. In de loop van de studie verscheen de laatste nieuwe versie van de DSM: DSM-5.

10 Bij een parafiele stoornis is er sprake van een afwijkende seksuele interesse of voorkeur die het functioneren belemmert of schade veroorzaakt aan anderen.

Historische (H), 14 Klinische (K) en 7 Toekomstige (T) indicatoren. Alle indicatoren worden beoordeeld op een 5-puntsschaal, oplopend van 0 tot 4, waarbij 0 aangeeft dat de indicator voor de patiënt, gegeven de omstandigheden, geen of een zeer laag risico is; score 4 betekent dat er een hoog risico is. Het gestructureerd klinisch eindoordeel wordt beargumenteerd weergegeven in de categorieën laag, laag tot matig, matig, matig tot hoog en hoog risico. Voor deze studie werd gebruik gemaakt van het actuariële delictrisico op basis van de totaalscore: 0 t.e.m. 42 = laag risico, hoger dan 42 tot 55 = matig risico, 55 of hoger = hoog risico. De HKT-R werd beoordeeld op basis van twee vervolgsituaties: met professioneel toezicht in het FPC en zonder professioneel toezicht (vrij in de maatschappij). Scores met meer dan twee ontbrekende items werden uitgesloten voor de analyses (13,1% Gent, 27% Antwerpen). HKT-R afnames gebeurden door de afdelingspsychologen in samenwerking met de behandelrapporteurs (criminologen), die allen een gecertificeerde training hiervoor volgden.

In- en uitstroom FPC. De behandelduur voor nog opgenomen en reeds ontslagen patiënten werd berekend. Plaats van opname werd bekeken. Voor de geïnterneerden die uit de gevangenis werden opgenomen, werd de laatste detentietijd voor de opname in het FPC berekend. Uitstroomcijfers naar minder beveiligde settings (exclusief overlijdens tijdens behandeling, langdurige onttrekkingen¹¹, uitwijzingen en overplaatsing naar de gevangenis¹² of ander FPC) werden gebaseerd op volgende indeling:

- Medium security = MSU, MSU seksueel delinquenten, forensische VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap), afdeling Langdurig Forensisch Psychiatrische Zorg Bierbeek;
- Low security = Door de overheid gesubsidieerde projecten in de reguliere psychiatrie; verslavingszorg; VAPH dag- en woonondersteuning (24/24, 7/7 met verhoogde mate van toezicht);
- Regulier = alle overige psychiatrische centra, woonzorgcentra, VAPH, ...;
- Ambulant = ambulant, beschut wonen, forensisch beschut wonen.

Deze indeling is niet gemaakt op basis van wetenschappelijk onderzoek, maar gebaseerd op de structurele en procedurele beveiliging die de instellingen momenteel hanteren volgens de inschatting van de onderzoekers, en is geenszins bedoeld als een definitieve classificatie van het beveiligingsniveau¹³.

2.4. Data-analyse

De data-analyse werd uitgevoerd in SPSS versie 22. Verschillen tussen de subpopulaties werden getest met de Chi-kwadraat of Fischer Exact test ingeval van categorische variabelen, en met de onafhankelijke t-test of Mann-Whitney U test ingeval van continue variabelen. Het significantieniveau werd gesteld op .01. Post hoc vergelijkingen werden waar aangewezen uitgevoerd met Bonferroni correctie. Er waren ontbrekende gegevens op het vlak van psychiatrische diagnose (Gent, 1%, $n = 4$), strafblad (Gent, 0,3%, $n = 1$), detentieduur (Gent, 2%, $n = 8$), IQ score (Gent, 48,3%, $n = 190$; Antwerpen, 25%, $n = 48$), PCL-R score (Gent, 73,8%, $n = 290$;

11 Bij een onttrekking die langer dan 7 dagen duurt, werd met de opdrachtgever overeengekomen dat een geïnterneerde niet meer rechtstreeks in het FPC kan heropgenomen worden, omdat deze bedden niet kunnen vrijgehouden worden. Het is dan ook mogelijk dat een geïnterneerde na deze periode, als hij gevat wordt door de politie, terugverwezen wordt naar de gevangenis.

12 In een gevangenis kunnen geïnterneerden geplaatst worden in een afdeling of inrichting tot bescherming van de maatschappij.

13 De onderzoeksgroep For-care werkt momenteel aan een rapport waarbij de beveiligingsniveaus van de verschillende instellingen in kaart worden gebracht (LEYS et al., 2017).

Antwerpen, 65,1%, $n = 125$) en betrouwbare HKT-R score (Gent, 35,6%, $n = 140$; Antwerpen, 29,2%, $n = 56$). Valide percentages worden gegeven doorheen de tekst.

3. RESULTATEN EN DISCUSSIE

3.1. Descriptieve analyse patiëntenprofiel

De eerste doelstelling van de huidige studie was om een profielbeschrijving te geven van de high security populatie in Vlaamse FPC's. Hiervoor werden alle dossiers van geïnterneerden die over een periode van 5 jaar werden opgenomen in een FPC geconsulteerd. Uit de analyses blijkt dat het een in hoofdzaak mannelijke populatie (97,9%)¹⁴ betrof met een Belgische nationaliteit (85,1%). In totaal werden er 31 nationaliteiten teruggevonden. Naast de Belgische nationaliteit, was de Marokkaanse ($n = 28$) en de Nederlandse nationaliteit ($n = 8$) hierbij het meest vertegenwoordigd. Verder hadden 18 patiënten (3,1%) geen recht op verblijf in België. Hoewel het aandeel geïnterneerden zonder verblijfsrecht laag is, gaat het wel om een problematische groep. Het is immers niet mogelijk deze patiënten te laten uitstromen naar een minder beveiligde setting en de zoektocht naar een geschikte setting in het land van herkomst verloopt moeizaam. De gemiddelde leeftijd bij de (eerste) opname was 42 jaar oud ($SD = 12,08$; spreiding = 18-77). Een kleine minderheid was 65 jaar of ouder (4,3%), of 25 jaar of jonger (6,8%). In 347 dossiers (59,3%) werd een IQ bepaald. Het gemiddeld IQ van de geteste populatie bedroeg 77,2 ($SD = 16,88$; spreiding = 41-140). Op het vlak van leeftijd, nationaliteit, geslacht en gemiddelde intelligentie liggen deze gegevens in lijn van eerder onderzoek bij medium security populaties geïnterneerden en ook grotendeels in lijn met high security populaties in het buitenland (DARJEE et al., 2017; JAMIESON & TAYLOR, 2005; JEANDARME, 2016).

Gemiddeld waren de geïnterneerden onderhevig aan 1,8 interneringsmaatregelen ($SD = 1,30$; spreiding = 1-11). De index internering werd opgelegd wegens een levensdelict (18,6%), seksueel geweldsdelict (27,7%), overig geweldsdelict (35,7%), verbaal geweldsdelict (7%), of overige delict (10,9%). Het strafblad omvatte gemiddeld 7,2 vonnissen en/of arresten ($SD = 6,97$; spreiding = 1-45). Slechts een minderheid van de populatie kon worden beschouwd als een *first offender* (14,2%). In vergelijking met Vlaamse medium security populaties en de meeste high security populaties in het buitenland valt hier vooral het hoge aandeel seksuele geweldsdelicten op (CAPUZZI et al., 2019; JAMIESON & TAYLOR, 2005).

De primaire DSM-diagnoses waren persoonlijkheidsstoornissen (34,3%), psychoses (33,9%), parafiele stoornissen (15%) en overige stoornissen (16,9%). Gemiddeld werden er 3,6 DSM-diagnoses per geïnterneerde geïnterpreteerd ($SD = 1,71$; spreiding = 1-10). Wanneer alle diagnoses werden bekeken, had 64,4% een persoonlijkheidsstoornis, 62,1% een verslavingsproblematiek, 20,8% een verstandelijke beperking en 24,4% een parafiele stoornis. In lijn met het relatief vaker voorkomen van seksuele indexdelicten, wordt op het vlak van de diagnoses een parafiele stoornis ook vaker gediagnosticeerd in vergelijking met bijvoorbeeld de medium security populatie. Verder is het bij de Vlaamse populatie opmerkelijk dat persoonlijkheidsstoornissen de meest voorkomende primaire diagnose is, terwijl dit in het buitenland slechts bij een minderheid van de populaties het geval was (CAPUZZI et al., 2019; CRIGHTON, 2009). In landen zoals Nederland, waar men de gedeeltelijke toerekeningsvatbaarheid hanteert, worden eveneens veel persoonlijkheidsstoornissen aangetroffen (NAGTEGAAL et al., 2016). Wij kunnen dan ook enkel concluderen dat Vlaamse psychiaters-gerechtsdes-

14 Dit cijfer zou enigszins vertekend kunnen zijn door de keuze van de opdrachtgever om in FPC Gent uitsluitend mannelijke patiënten op te nemen en in FPC Antwerpen maximaal 18 vrouwelijke patiënten op te nemen doch uit het feit dat deze maximumgrens voor FPC Antwerpen tot op heden nooit bereikt werd, kan worden afgeleid dat deze mogelijke vertekening alleszins minimaal is.

kundigen – zelfs in het dichotoom systeem van toerekeningsvatbaarheid – in het geval van persoonlijkheidsstoornissen eerder geneigd zijn te concluderen dat de patiënt niet in staat was zijn gedrag te controleren. Volgens DE PAGE en GOETHALS (2019) spelen hier in de Belgische context ook culturele verschillen mee, waarbij Waalse collega's meer psychotische stoornissen en Vlaamse collega's meer persoonlijkheidsstoornissen zouden diagnosticeren. Het feit dat er meerdere diagnoses werden vastgesteld en veel verslavingsproblemen (62%) werden teruggevonden in de huidige studie, ligt dan weer in lijn met ander onderzoek (JEANDARME, 2016).

De PCL-R totaalscore bedroeg gemiddeld 24,7 ($SD = 7,53$; spreiding = 5,3-37,9). Meer dan de helft (56,5%) van de gescreende populatie had een PCL-R-totaalscore van 25 of meer en meer dan een derde (35,3%) een score van 30 of hoger. Het aandeel geïnterneerden met een verhoogde mate van psychopathie ligt hierbij hoger dan het geval was bij de medium security populatie (JEANDARME, 2016).

De HKT-R-totaalscore bedroeg gemiddeld 63,8 ($SD = 16,66$; spreiding = 11,27-106) tijdens behandeling en gemiddeld 72,8 ($SD = 16,21$; spreiding = 15,90-109,18) bij een onmiddellijke invrijheidstelling. Het risico op nieuwe geweldsfeiten in en buiten het behandelcentrum werd op basis van de HKT-R als hoog ingeschat bij de meerderheid van de populatie (71,5% – 85,6%). Zoals te verwachten bij een high security populatie, is het risico op nieuwe geweldsfeiten bij het merendeel van de populatie hoog. Ook hier verschilt dit van inschattingen bij een medium security populatie, waar bij een derde van de populatie een hoog risico op recidive werd vastgesteld (JEANDARME, 2016).

3.2. Kenmerken in- en uitstroom FPC

De tweede doelstelling van de studie was om een overzicht te bieden van het aantal opnames in beide FPC's en een stand van zaken op te maken met betrekking tot de instroom en gerealiseerde uitstroom. In beide FPC's samen werden 597 opnames gerealiseerd. Sommige geïnterneerden ($n = 12$) werden in beide FPC's opgenomen, waardoor de onderzoekspopulatie uit 585 geïnterneerden bestond. Een minderheid (4,8%, $n = 28$) werd in de onderzoeksperiode in hetzelfde FPC heropgenomen; waaronder één persoon die twee heropnames kende. Bijna de volledige populatie (99,1%, $n = 580$) werd rechtstreeks uit de gevangenis opgenomen; de overige geïnterneerden werden overgeplaatst vanuit de high security afdeling voor vrouwen in Zelzate ($n = 3$), Bierbeek ($n = 1$) of vanuit vrijheid ($n = 1$). In Vlaanderen wordt dus het overgrote deel van de patiënten rechtstreeks vanuit een gevangenis overgeplaatst naar een FPC. In het buitenland daarentegen wordt bijna de helft van de opgenomen patiënten doorverwezen door een ander ziekenhuis (JAMIESON & TAYLOR, 2005; PIMM et al., 2004), en kan een opname geweigerd worden (PIMM et al., 2004). Dit is in Vlaanderen niet mogelijk. De verwijzingen gebeuren door de KBM onder het statuut van plaatsing. Patiënten worden op een gemeenschappelijke wachtlijst voor de beide FPC's geplaatst en opgenomen zodra er een plaats vrij komt. De laatste detentieduur in de gevangenis voor de opname in het FPC bedroeg gemiddeld 1881,2 dagen of 5,2 jaar ($SD = 2085,31$; spreiding = 3-11212). Bijna één op de drie geïnterneerden (31,9%) verbleef langer dan vijf jaar en 16,3% langer dan 10 jaar in detentie. In vergelijking met high security opnames internationaal zijn deze wachttijden voor opname aanzienlijk (bv. 0,3 jaar in VÖLLM et al., 2009). Uiteraard is er hier momenteel sprake van een inhaalbeweging, gezien de eerste high security instelling pas in 2014 de deuren opende. De komende jaren wordt dan ook een daling van de detentieduur voor opname verwacht. De uitdagingen die deze situatie ondertussen met zich meebrengt zijn groot. Patiënten die langere tijd in detentie verbleven, vertonen vaak specifiek gedrag (zoals wantrouwen tegenover personeel, intimiderend gedrag en het verbergen van symptomen), hetgeen het therapeutisch proces aanzienlijk bemoeilijkt en de kans op incidenten vergroot

(CARR et al., 2006). Ook de delictanalyse en delictbespreking kan hierdoor moeizaam verlopen. Volgens CARR et al. (2006) kan het hoog aantal vastgelopen behandelingen voor een stuk verklaard worden door een gebrekkige voorbereiding tijdens de detentieperiode op een forensisch psychiatrische behandeling. De lange wachttijd voor opname verklaart mogelijk ook waarom de populatie in de FPC's ouder is bij opname in vergelijking met internationale studies (JAMIESON & TAYLOR, 2005; PIMM et al., 2004).

Bijna de helft van de populatie (45,1%, $n = 264$) werd voorafgaand aan opname in het FPC één of meerdere keren in een medium security instelling behandeld. Een kleine minderheid (1,9%) kende een eerdere opname in een high security instelling, met name Doornik ($n = 7$)¹⁵ of de high security afdeling voor vrouwen in Zelzate ($n = 4$).

Op 16/11/2019 waren er 187 (eerste) behandelperiodes beëindigd. Tien patiënten waren overleden tijdens de opname, waaronder zeven door een natuurlijke doodsoorzaak. Ondanks doorgedreven preventieve maatregelen om suicide te voorkomen, vonden er tijdens behandeling in het FPC ook drie suicides plaats. Het risico op suicide is in high security instellingen aanzienlijk hoger dan in de algemene bevolking. In het Verenigd Koninkrijk vonden men in vergelijking met de algemene bevolking een zeven maal hoger risico bij mannelijke en meer dan 40 maal hoger risico bij vrouwelijke patiënten (JONES et al., 2011). Naast de overlijdens, werd één patiënt definitief in vrijheid gesteld; drie patiënten werden uitgewezen naar het land van herkomst (Nederland, Duitsland en Kirgizië) en 14 patiënten hadden zich langer dan zeven dagen onttrokken aan toezicht. Eén patiënt werd voor een time-out naar OPZC Rekem verwezen. Zes patiënten werden doorverwezen naar het andere FPC (vijf naar Gent en één naar Antwerpen). Transfers tussen beide FPC's vonden plaats in het kader van resocialisatie doeleinden ($n = 4$) of vastgelopen behandelingen ($n = 2$)¹⁶. Tien patiënten (1,7%) werden terugverwezen naar de gevangenis. Hiervan was er één terugverwijzing naar de gevangenis op vraag van de KBM met het oog op uitwijzing naar Irak. In de negen andere gevallen gebeurde dit na advies van het FPC, na een ernstig incident waarbij de veiligheid van het personeel niet langer kon gegarandeerd worden. Vijf van deze negen patiënten werden ondertussen heropgenomen in het FPC. Eén van de doelstellingen bij de opstart van de FPC's was om het aantal terugverwijzingen zo laag mogelijk te houden. Op het totaal aantal opgenomen patiënten betrof dit aandeel 1,5%, hetgeen laag is in vergelijking met buitenlands onderzoek (BJØRKLIV et al., 2010; BUCHANAN, 1998).

Bij de overige 142 patiënten werd de behandeling met positief advies afgerond. De gemiddelde behandelduur bij deze groep bedroeg 1013 dagen of 2,8 jaar ($SD = 427,23$; spreiding = 39-1766). De uitstroom naar een lager beveiligingsniveau gebeurde vooral naar residentiele settingen (88,7%) en in veel mindere mate naar ambulante settingen (11,3%). Meer dan de helft van deze 142 uitgestroomde patiënten (55,6%) werd naar een medium security voorziening doorverwezen. Overige patiënten werden naar een low security voorziening (22,5%), reguliere voorziening (10,6%) of naar een ambulante setting (11,3%) verwezen (zie Tabel 1 voor meer details). Zoals ook gangbaar in buitenlandse settingen, vonden de meeste ontslagen dus plaats naar een medium security instelling. Volgens JAMIESON en TAYLOR (2005) heeft dit meer te maken met een tekort aan behandelplekken met een lagere beveiligingsnood en een zekere klinische voorkeur, eerder dan met een reële beveiligingsnood. Deze hypothese kon evenwel niet getoetst worden in de huidige studie. In 84,5% van de gevallen ($n = 120$) verliep de resocialisatie naar een minder beveiligde setting na een follow-up periode van 457,1 dagen of 2,8 jaar ($SD = 351,22$; spreiding = 1-1460) naar wens. De uitstroom naar een minder beveiligde setting verliep dus bij de meerderheid van de uitgestroomde populatie volgens verwachting positief. Bij 22 patiënten (15,5%) echter mislukte de vervolgbehandeling.

15 Eén persoon werd reeds twee keer in Doornik opgenomen.

16 In drie gevallen gebeurde de transfer op vraag van de patiënt, in drie gevallen op vraag van het FPC.

ling na een gemiddelde verblijfsduur van 230,5 dagen ($SD = 167,08$; spreiding = 8-525) in een minder beveiligde setting. De redenen voor het mislopen van het vervolgtraject waren heel divers. In veel gevallen ging het om een combinatie van factoren (non-compliance, mid-delenmisbruik, onttrekkingen, agressie). Drie van deze patiënten konden rechtstreeks her-opgenomen worden in een FPC waardoor het behandelingstraject niet moest onderbroken worden; de overige patiënten werden heraanhouden. Tien van hen waren bij het afronden van de studie wel terug heropgenomen in een FPC.

TABEL 1. KENMERKEN BEHANDELING TOTALE POPULATIE EN UITGESTROOMDE PATIËNTEN

	Totale populatie (N = 585)		
	n	%	M (SD)
Eerdere opname medium security	264	45,1	
1 opname	121	20,7	
2-3 opnames	110	18,8	
≥ 4 opnames	33	5,6	
Eerdere opname high security	11	1,9	
Duur lopende behandeling FPC			907,9 (518,60)
Duur afgesloten behandeling FPC			1013,1 (427,23)
Terugverwijzing gevangenis	9	1,5	
	Uitgestroomde patiënten (n = 142)		
	n	%	
Medium security	79	55,6	
MSU	50	35,2	
MSU seksueel delinquenten	18	12,7	
Longstay	8	5,6	
Forensische VAPH	3	2,1	
Low security	32	22,5	
Algemeen psychiatrisch ziekenhuis met subsidie	18	12,6	
VAPH verhoogd toezicht	14	9,9	
Reguliere psychiatrie	15	10,6	
Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	10	7	
Reguliere VAPH	4	2,8	
Woonzorgcentrum	1	0,7	
Ambulant	16	11,3	
Forensisch beschut wonen	3	2,1	
Regulier beschut wonen	3	2,1	
Zelfstandig wonen	10	7	

Noot. FPC = Forensisch Psychiatrisch Centrum, MSU = medium security unit, VAPH = Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

3.3. Moeilijk resocialiseerbare patiënten

Als derde doelstelling werd getracht een beter zicht te krijgen op de groep moeilijk resocialiseerbare patiënten. Hiervoor werd ten eerste een onderzoek verricht met betrekking tot de aanmeldingen die werden geweigerd door de vervolginstellingen. Ten tweede werd onderzocht hoeveel patiënten bij het afronden van de studie reeds langer dan de vooropgestelde behandelduur in het FPC verbleven, en waarvan door de behandelaars werd ingeschat dat het risico onvoldoende gedaald was om hen te verwijzen naar een vervolginstelling.

Naast de uitgestroomde patiënten, werden 108 patiënten aangemeld bij vervolginstellingen. Op 16/11/2019 waren de aanvragen van 48 geïnterneerden (bij één of meerdere instellingen) afgewezen. Enkele aanvragen werden geannuleerd door het FPC wegens destabilisering van het toestandbeeld ($n = 2$), omdat de patiënt verdere medewerking voor de resocialisatie weigerde ($n = 2$) of omwille van overlijden ($n = 1$). De overige aanvragen ($n = 55$) waren nog in behandeling. De redenen tot afwijzing door een vervolginstelling waren divers en vaak speelden meerdere factoren een rol. Veel voorkomende redenen tot afwijzing waren: een te hoog risicoprofiel ($n = 19$), een te complexe psychiatrische problematiek ($n = 12$), te weinig motivatie tot behandeling ($n = 10$), een te beperkt probleeminzicht ($n = 10$), onvoldoende mogelijkheden tot ondersteuning en/of beveiliging in de vervolginstelling ($n = 8$), de aanwezigheid van een seksuele problematiek ($n = 6$), een te hoge PCL-R-score ($n = 6$), een negatieve ervaring tijdens een eerdere opname in de vervolginstelling ($n = 5$), te weinig behandelmogelijkheden ($n = 4$) en een beperkt perspectief op doorstroom ($n = 4$). Welke patiënten, op welk moment in hun traject nood hebben aan welk beveiligingsniveau, blijft dus een punt van discussie. Een veel gehoorde klacht in het buitenland is dat een substantieel deel van de patiënten op een te hoog beveiligingsniveau zouden verblijven, hetgeen de discussie omtrent criteria verbonden aan beveiligingsniveaus doet oplaaien (ADAMS et al., 2018; CRIGHTON, 2009; EXWORTHY & GUNN, 2003). Ook in de huidige studie bleek in een aantal gevallen de ingeschatte beveiligingsnood door het FPC niet in overeenstemming te zijn met de inschattingen van de vervolginstellingen. De vraag blijft wie de zorgvraag en -behoefte bepaalt en hoe dat gebeurt (SEYNNAEVE et al., 2018). Objectieve criteria zijn immers noch wat betreft indicatiestelling voor (beveiligde) opname, noch wat betreft de infrastructuur van de afdelingen zelf voorhanden.

Van de patiënten die op 16/11/2019 nog niet waren uitgestroomd ($n = 398$), bedroeg de gemiddelde behandelduur op dat moment 908 dagen ($SD = 518,60$; spreiding = 10-1825). Een derde van de populatie (33,9%) was meer dan drie jaar in opname en 26,9% was langer dan vier jaar in opname. Bij de opstart van het FPC werd een behandelduur van 3 tot 4 jaar voorzien. Vijf jaar na de start van FPC Gent wordt het meer en meer duidelijk dat deze doelstelling voor een subpopulatie niet realistisch is. Ook in andere landen die forensische maatregelen van onbepaalde duur kennen, is deze problematiek welbekend. Volgens Engelse onderzoekers kan men echter pas van langverblijvers spreken na een high security verblijf van tien jaar of een medium security verblijf van vijf jaar (CHESTER et al., 2018). In de huidige studie werd het profiel van de subpopulatie patiënten die langer dan vier jaar in het FPC verbleef op 16/11/2019 nader onderzocht (zie Tabel 2). In vergelijking met de groep die reeds uitstroomde, vallen enkele verschillen op. Op het klinische vlak was er een verschil met betrekking tot het voorkomen van een diagnose persoonlijkheidsstoornis ($\chi^2(1) = 10,31$; $p = .001$) en de PCL-R totaalscore ($U = 457,50$; $z = -3,05$; $p = .002$). Op het justitiële vlak verschilden de detentieduur ($U = 5918,00$; $z = -2,74$; $p = .006$). Op het vlak van risicotaxatie verschilden de totaalscores van de HKT-R ($t(161) = -4,68$; $p = .000$ en $t(156) = -5,10$; $p = .000$), evenals de inschattingen volgens het GKO van de HKT-R ($\chi^2(1) = 26,05$; $p = .001$ en $\chi^2(1) = 18,85$; $p = .001$). Op het demografische vlak waren er geen verschillen. Met uitzondering van de detentieduur die niet significant verschilden, zien wij eenzelfde patroon terug bij de groep die geweigerd

werd door de vervolginstellingen¹⁷. De moeilijk resocialiseerbare patiënten (d.i. patiënten die langer dan verwacht in het FPC verblijven en patiënten die geweigerd worden door vervolgvorzieningen) zijn dus vaker patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, een verhoogde mate van een psychopathie en wiens risico op herval als hoger wordt ingeschat dan de patiënten die wel uitstroonden. Deze bevindingen liggen in de lijn der verwachtingen. In het rapport van de *National Institute for Mental Health* in England worden patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vaak beschouwd als onbehandelbaar en bijzonder moeilijk om te managen zowel binnen de reguliere als forensische zorg (NATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH IN ENGLAND, 2003). Ook van patiënten met een verhoogde mate van psychopathie staat bekend dat zij minder vooruitgang maken tijdens behandeling, meer incidenten veroorzaken tijdens behandeling en minder makkelijk kunnen geresocialiseerd worden (JEANDARME et al., 2017a; SKEEM et al., 2011).

TABEL 2. KENMERKEN POPULATIE UITGESTROOMDE PATIËNTEN VERSUS POPULATIE LANGVERBLIJVERS

	Uitgestroomde populatie (<i>n</i> = 142)		Populatie langer dan vier jaar in opname (<i>n</i> = 107)		<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	
Demografisch					
Belgische nationaliteit	131 (92,3)		96 (89,7)		.49
Geen verblijfsrecht	0		1 (0,9)		.43 Fisher
Leeftijd bij eerste FPC opname		45,87 (12,38)		42,32 (11,93)	.029
Justitieel					
Indexdelict					.42
Levensdelict (of poging)	25 (17,6)		23 (21,5)		
Seksueel geweld	50 (35,2)		37 (34,6)		
Overig geweld	39 (27,5)		35 (32,7)		
Verbaal geweld (incl. stalking)	8 (5,6)		4 (3,7)		
Overige delicten	20 (14,2)		8 (7,5)		
Aantal lopende interneringsmaatregelen		1,82 (1,55)		1,93 (1,29)	.098
First offenders	20 (14,1)		10 (9,3)		.26
Strafblad		5,96 (5,37)		6,54 (5,88)	.49
Detentieduur		2099,37 (2275,68)		2542,64 (2230,32)	.006*
Klinische variabelen					
IQ score		71,57 (14,40)		78,68 (17,35)	.015
Aantal DSM-diagnoses		3,54 (1,70)		3,87 (1,81)	.113
Verslavingsproblemen (comorbiditeit)	91 (64,5)		61 (57,0)		.23
Persoonlijkheidsstoornis (comorbiditeit)	76 (53,9)		79 (73,8)		.001*
Verstandelijke beperking (comorbiditeit)	42 (29,8)		24 (22,4)		.19
Parafilie (comorbiditeit)	48 (34,0)		35 (32,7)		.83
Psychiatrische hoofddiagnose					.052
Persoonlijkheidsstoornissen	26 (18,4)		36 (33,6)		
Psychotische stoornissen	50 (35,5)		32 (29,9)		
Parafiele stoornissen	32 (22,7)		21 (19,6)		
Overige stoornissen	33 (23,4)		18 (16,8)		
PCL-R totaalscore		22,54 (7,67)		27,36 (6,68)	.002*

17 Deze analyses worden niet weergegeven, maar zijn verkrijgbaar op verzoek.

	Uitgestroomde populatie (<i>n</i> = 142)		Populatie langer dan vier jaar in opname (<i>n</i> = 107)		<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	
Risicotaxatie					
HKT-R tijdens opname					
Totaalscore in		54,59 (15,64)		66,31 (16,34)	.000*
GKO in					.000*
GKO Hoog	41 (49,40)		65 (81,25)		
GKO Matig	24 (28,92)		10 (12,50)		
GKO Laag	18 (21,69)		5 (6,25)		
HKT-R bij onmiddellijke in vrijheid					
Totaalscore out		63,78 (15,76)		76,34 (15,15)	.000*
GKO out					.000* Fisher
GKO Hoog	59 (72,84)		72 (93,51)		
GKO Matig	17 (20,99)		5 (6,49)		
GKO Laag	5 (6,17)		0		

Noot. PCL-R = *Psychopathy Checklist-Revised*; HKT-R = Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie; GKO = gestructureerd klinisch oordeel

* $p < .01$.

3.4. Beperkingen onderzoek

Een sterkte van de huidige studie is dat de totale high security populatie die in een FPC verbleef of verblijft over een periode van vijf jaar kon onderzocht worden. Toch verblijven er nog altijd geïnterneerden met een high security profiel in de gevangenis, waardoor geen definitieve uitspraken kunnen gedaan worden over de totale high security populatie. Verder zijn er nog een aantal andere beperkingen aan de studie. Inherent aan het retrospectief karakter van het onderzoek kon enkel een beroep gedaan worden op reeds verzamelde informatie in het kader van behandeldoeleinden, waardoor er voor een aantal variabelen ontbrekende gegevens waren. Dit vertekende mogelijk de resultaten met betrekking tot intelligentie, psychopathie en risiconiveau. Op het vlak van risicotaxatie kan het aantal ontbrekende HKT-R gegevens verklaard worden enerzijds door de korte opnameduur van een aantal patiënten en anderzijds doordat bij patiënten met primair seksuele feiten een ander instrument werd afgenomen. Ten tweede was er voor een deel van de populatie uit FPC Gent (10%) geen DSM-5 diagnose beschikbaar. Het ging hierbij om patiënten die reeds ontslagen waren vooraleer de DSM-5 werd geïntroduceerd in de FPC's of om patiënten waarbij de DSM-4 diagnose nog niet werd omgezet bij het afronden van de studie. Om toch een zo compleet mogelijk beeld van de populatie te geven, werden de DSM-4 diagnoses geïnccludeerd. Exclusie van de DSM-4 gegevens leverde evenwel geen wijzigingen op aan de resultaten. Ten derde waren de FPC's wat betreft de follow-up gegevens na uitstroom uit het FPC afhankelijk van de verschaft informatie door vervolginstellingen, waardoor de gerapporteerde uitkomsten een mogelijke onderschatting inhouden. Het gaat hier ook om een momentopname, berekend tot de afsluitingsdatum van de studie, waardoor follow-up onderzoek nodig blijft.

4. BESLUIT

In Vlaanderen was er reeds decennia lang een hoge nood aan high security settings voor geïnterneerden met een hoge beveiligingsnood. Met de komst van de FPC's in Gent en Ant-

werpen, kwam er eindelijk een antwoord op deze nood. Op heden is het echter onduidelijk welke geïnterneerden worden opgenomen in deze centra, hoe hun behandeltraject verloopt en wat de perspectieven zijn op een (succesvolle) resocialisatie na opname in een FPC. Deze studie tracht, op basis van gegevens die verzameld werden sinds de opening van het eerste FPC, een antwoord te bieden op deze vragen.

Op basis van deze populatiestudie kunnen wij concluderen dat high security geïnterneerden personen zijn met complexe noden op het klinische en het justitiële vlak. De prototypische high security geïnterneerde persoon is een Belgische man van middelbare leeftijd, geïnterneerd wegens een geweldsdelict. Op psychiatrisch vlak is er veelal sprake van complexe meervoudige psychiatrische problematiek en (ernstig) delictgedrag. De opname in een FPC vindt plaats na een lange detentieperiode, hetgeen de behandeling zeker in de beginfase aanzienlijk kan bemoeilijken en de behandelduur kan verlengen.

Forensisch psychiatrische populaties internationaal vergelijken blijft een moeilijke oefening. Belangrijke verschillen met betrekking tot het rechtssysteem, de organisatie van de (forensisch) psychiatrische zorg, kenmerken van lokale patiëntgroepen en het lokale behandel aanbod spelen hierin een belangrijke rol. Toch vallen enkele belangrijke verschillen op. De Vlaamse populatie is gekenmerkt door een hoger aandeel zedendelinquenten en een hoger aandeel persoonlijkheidsstoornissen. Het is vooral deze laatste groep en met name de groep met verhoogde psychopathische trekken die langer dan verwacht in het FPC verblijft en moeilijk resocialiseerbaar blijkt. De FPC's werden opgericht met als doelstelling iedereen te resocialiseren. Na vijf jaar lukte dit reeds voor één op vier geïnterneerden, en blijkt het vervolgetraject voor het merendeel van deze uitgestroomde populatie goed te verlopen. Voor een deel van de populatie loopt de resocialisatie veel minder vlot. Moet er niet stilaan geconcludeerd worden dat de oorspronkelijke doelstelling voor deze subgroep niet haalbaar zal zijn? Het is daarenboven belangrijk twee groepen van langverblijvers goed te onderscheiden: ten eerste een groep die nood heeft aan een zeer langdurige behandeling met het oog op het verlagen van het delict risico (maar dus nog resocialiseerbaar) en ten tweede een groep die ook na een langdurige behandeling hoog delictgevaarlijk blijft. Om deze laatste groep zogenaamde 'longstay' patiënten goed te vatten, zijn er o.i. in de eerste plaats dringende criteria nodig, maar in de tweede plaats ook specifieke high security voorzieningen die zich meer op bejegening en minder op behandeling gaan richten.

De huidige studie legt ook knelpunten bloot met betrekking tot de aansluiting met de vervolgvoorzieningen. Discussies omtrent zorgtrajecten en transfers tussen instellingen (wie is wanneer klaar om naar welke vervolgsetting te gaan) blijven bestaan. Met uitzondering van de FPC's hanteren alle vervolginstellingen exclusiecriteria. Meest voorkomende redenen voor het weigeren van patiënten zijn een te hoog recidivrisico en een te complexe psychiatrische problematiek. Dit betekent ten eerste dat de FPC's de komende periode nog meer aandacht moeten schenken aan het verlagen van dit risico en het verhogen van de motivatie tot behandeling. Ten tweede blijft structureel overleg (zoals dit ondertussen al het geval is tussen de FPC's en de medium security voorzieningen) noodzakelijk om afstemming te bereiken en waar mogelijk objectieve criteria voor uitstroom te bepalen.

Door het creëren van forensische zorgcircuits zou men een meer gestructureerd antwoord kunnen bieden op verschillende knelpunten die zich aandienen en de aansluiting vergemakkelijken tussen de verschillende forensische zorgvoorzieningen. De overheid kan hierin een voortrekkersrol spelen, zowel bij de totstandkoming van deze zorgcircuits als bij het coördineren en het opvolgen van de voorhanden zijnde initiatieven.

REFERENTIES

- ADAMS, J., THOMAS, S. D. M., MACKINNON, T., & EGGLETON, D. (2018). The risks, needs and stages of recovery of a complete forensic patient cohort in an Australian state. *BMC Psychiatry*, 18(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1584-8>
- ANDREWS, D., BONTA, J., & HOGE, R. (1990). Classification for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52.
- BERRY, A., LARKIN, E., TAYLOR, P., LESE, M., WATSON, N., & DUGGAN, C. (2003). Referred to high secure care: determinants of a bed offer/admission and placement after one year. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(4), 310-320. <https://doi.org/10.1002/cbm.553>
- BJØRKLÿ, S., SANDLI, C., MOGER, T., & STANG, J. (2010). A Follow-up Interview of Patients Eight Years after Discharge from a Maximum Security Forensic Psychiatry Unit in Norway. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(4), 343-353. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.534698>
- BRAND, E. (2005). *Onderzoeksrapport PIJ-dossier 2003-C. Predictieve validiteit van de FPI-lijst*. DJI.
- BUCHANAN, A. (1998). Criminal conviction after discharge from special (high security) hospital. Incidence in the first 10 years. *British Journal of Psychiatry* 172, 472-476. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.6.472>
- CAPUZZI, E., PINI, E., MALERBA, M. R., COVA, F., LAX, A., MAURI, S., ORNAGHI, A., PROVENZI, M., RUBELLI, P., SERGIO, M.R., TRUISI, E., & CLERICI, M. (2019). Factors associated with referrals to high security forensic services among people with severe mental illness and receiving inpatient care in prison. *International Journal of Law & Psychiatry*, 62, 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.11.003>
- CARR, W., ROTTER, M., STEINBACHER, M., GREEN, D., DOLE, T., GARCIA-MANSILLA, A., GOLDBERG, S., & ROSENFELD, B. (2006). Structured Assessment of Correctional Adaptation (SACA): a measure of the impact of incarceration on the mentally ill in a therapeutic setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(5), 570-581.
- CASSELMAN, J. (2015). De interneringswetgeving in historisch perspectief. Komt er nooit een einde aan de Sisyfusarbeid? In J. CASSELMAN, R. DE RYCKE, & H. HEIMANS (Eds.), *Internering. Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg* (pp. 5-25). Die Keure.
- CHESTER, V., VÖLLM, B., TROMANS, S., KAPUGAMA, C., & ALEXANDER, R. T. (2018). Long-stay patients with and without intellectual disability in forensic psychiatric settings: comparison of characteristics and needs. *BJPsych Open*, 4(4), 226-234. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.24>
- COOKE, D. J., & MICHIE, C. (1999). Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 58-68. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.108.1.58>
- COSYNS, P., D'HONT, C., JANSSENS, D., MAES, E., & VERELLEN, R. (2007). Geïnterneerden in België. De cijfers. *Panopticon*, 1, 46-61.
- CRIGHTON, J. (2009). Defining high, medium, and low security in forensic mental healthcare: the development of the Matrix of Security in Scotland. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20(3), 333-353.
- DARJEE, R., ØFSTEGAARD, M., & THOMSON, L. (2017). Schizophrenia in a high-security hospital: longterm forensic, clinical, administrative & social outcomes. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28, 525-547. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1308537>
- DE PAGE, L., & GOETHALS, K. (2019). Le diagnostic des internés: Y-a-t-il des différences de part et d'autre de la frontière linguistique? *Acta Psychiatrica Belgica*, 118, 3-7.
- DECKERS, A., SEYNNAEVE, K., DE SMEDT, A., DHEEDENE, J., VANDENPLAS, E., & VAN DER AUWERA, A. (2014). *Geïnterneerden in detentie op 24/12/2013*.

- DELL, S., ROBERTSON, G., & PARKER, E. (1987). Detention in Broadmoor. Factors in length of stay. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 824-827. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.824>
- EDWARDS, J., STEED, P., & MURRAY, K. (2002). Clinical and forensic outcome 2 years and 5 years after admission to a medium secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, *13*, 68-87. <https://doi.org/10.1080/09585180210123294>
- ENGEL, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- EXWORTHY, T., & GUNN, J. (2003). Taking another tilt at high secure hospitals. The Tilt Report and its consequences for secure psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 469-471. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777334>
- FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE. (2018). *Jaarverslag 2017 Directoraat-generaal Penitentiare Inrichtingen*. Federale Overheidsdienst Justitie. https://justitie.belgium.be/sites/default/files/jaarverslag_dg_epi_2017.pdf
- HARE, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Multi-Health Systems.
- HUBAND, N., FURTADO, V., SCHEL, S., ECKERT, M., CHEUNG, N., BULTEN, E., & VÖLLM, B. (2018). Characteristics and Needs of Long-Stay Forensic Psychiatric Inpatients: A Rapid Review of the Literature. *International Journal of Forensic Mental Health*, *17*, 45-60. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1405124>
- JACQUES, J., SPENCER, S., & GILLULEY, P. (2010). Long-term care needs in male medium security. *The British Journal of Forensic Practice*, *12*, 37-44. <https://doi.org/10.5042/bjfp.2010.0424>
- JAMIESON, L., & TAYLOR, P. (2005). Patients leaving english high security hospitals: do discharge cohorts and their progress change over time? *International Journal of Forensic Mental Health*, *4*(1), 71-87.
- JEANDARME, I. (2016). *Medium security units: recidivism & risk assesment* [proefschrift]. Tilburg University.
- JEANDARME, I., HABETS, P., & KENNEDY, H. (2019). Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions. *International Journal of Law & Psychiatry*, *64*, 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.006>
- JEANDARME, I., HABETS, P., OEI, T. I., & BOGAERTS, S. (2016). Reconviction and revocation rates in Flanders after medium security treatment. *International Journal of Law & Psychiatry*, *47*, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.033>
- JEANDARME, I., POULS, C., OEI, T. I., & BOGAERTS, S. (2017a). Forensic Psychiatric Patients with Comorbid Psychopathy: Double Trouble? *International Journal of Forensic Mental Health*, *16*, 149-160. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1286414>
- JEANDARME, I., SALOPPÉ, X., HABETS, P., & PHAM, T. H. (2018). Not guilty by reason of insanity: clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *30*(2), 286-300. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1544265>
- JEANDARME, I., & SCHIPAANBOORD, E. (2019). Internering. In K. Goethals, G. Meynen, & A. Popma (Eds.), *Leerboek Forensische psychiatrie* (pp. 29-47). Boom uitgevers.
- JEANDARME, I., WITTOUCK, C., VANDER LAENEN, F., POULS, C., HEIMANS, H., OEI, T. I., & BOGAERTS, S. (2017b). Critical incidents and judicial response during medium security treatment. *International Journal of Law & Psychiatry*, *51*, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.12.001>
- JONES, R. M., HALES, H., BUTWELL, M., FERRITER, M., & TAYLOR, P. J. (2011). Suicide in high security hospital patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(8), 723-731. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0239-6>
- KENNEDY, H. G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, *8*, 433-443. <https://doi.org/10.1192/apt.8.6.433>

- KENNEDY, H. G., O'NEILL, C., FLYNN, G., GILL, P., & DAVOREN, M. (2016). *The DUNDRUM toolkit Draft Vi.0.30*. Trinity College Dublin.
- Koninklijk besluit van 19 december 2014 in uitvoering van artikel 56, § 3ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de forensische psychiatrische centra, *BS* 29 januari 2015, 80.28.
- LEYS, M., NICAISE, P., SCHOENAERS, F., VANDER LAENEN, F., PANS, M., BOURMOCK, D., & MEULEWAETER, F. (2017). *For-Care. Research project on implementation health care trajectories for interned persons: A "realist evaluation" of a reform program in a multisectoral framework (interim report)*. Commissioned by the Federal Minister for Public Health, conducted by VUB, UCL, ULG and UGent.
- NAGTEGAAL, M. H., GOETHALS, K., & MEYNEN, G. (2016). De tbs-maatregel: kosten en baten in Perspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(10), 739-745.
- NATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH IN ENGLAND. (2003). *Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion*. National service framework: mental health.
- PIMM, J., STEWART, M. E., LAWRIE, S. M., & THOMSON, L. D. (2004). Detecting the dangerous, violent or criminal patient: an analysis of referrals to maximum security psychiatric care. *Medicine, Science & the Law*, 44(1), 19-26. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.44.1.19>
- SEYNNAEVE, K., GOYENS, M., & DHEEDENE, J. (2018). Internering in een veranderend zorgland-schap: wat zijn de vaststellingen na één jaar nieuwe wet op de internering? *Panopticon*, 39(3), 214-250.
- SHAH, A., WALDRON, G., BOAST, N., COID, J. W., & ULLRICH, S. (2011). Factors associated with length of admission at a medium secure forensic psychiatric unit. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 496-512. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.594902>
- SKEEM, J. L., MANCHAK, S., & PETERSON, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35(2), 110-126. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>
- SPREEN, M., BRAND, E., TER HORST, P., & BOGAERTS, S. (2014). *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige – Revisie*. Dr. van Mesdag kliniek.
- VERBEECK, N., DE VARÉ, J., & VERELST, R. (2019). Forensisch psychiatrische voorzieningen en aansluiting met de reguliere ggz in Vlaanderen. In K. GOETHALS, G. MEYNEN, & A. POPMA (Eds.), *Leerboek Forensische psychiatrie* (pp. 365-389). Boom uitgevers.
- VÖLLM, B., DALEY, A., & SILVA, E. (2009). Waiting times at a high-security hospital – a survey of the process from referral to admission at Ashworth Hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(5), 702-716.
- VÖLLM, B. A., EDWORTHY, R., HUBAND, N., TALBOT, E., MAJID, S., HOLLEY, J., FURTADO, V., WEAVER, T., MCDONALD, R., & DUGGAN, C. (2018). Characteristics and Pathways of Long-Stay Patients in High and Medium Secure Settings in England; A Secondary Publication From a Large Mixed-Methods Study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 140. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00140>
- WARD, T., & BROWN, M. A. (2004). The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology Crime and Law*, 10(3), 243-257.
- Wet 5 mei 2014 betreffende de internering, *BS* 9 juli 2014, 52.159.