

INGE JEANDARME<sup>a</sup>  
 CISKA WITTOUCK<sup>b</sup>  
 FREYA VANDER LAENEN<sup>c</sup>  
 MICHÈLE AMPE<sup>d</sup>  
 YVES GROUWELS<sup>e</sup>  
 JAN DE VARÉ<sup>f</sup>  
 T.I. OEI<sup>g</sup>  
 MARC GROENHUIJSEN<sup>h</sup>  
 STEFAN BOGAERTS<sup>i</sup>

# Forensische pilootprojecten ‘medium security’

## Incidenten tijdens behandeling van geïnterneerden ressorterend onder CBM Gent



*Panopticon*, 36 (1), 26-45

© 2015 MAKLU | ISSN 0771-1409 | JANUARI 2015

- a Coördinator, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor), Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (Corresp.: inge.jeandarme@opzcrekem.be).
- b Doctoraatsstudent, Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.
- c Hoofddocente, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Gent.
- d Assistent(e), Vakgroep Wiskunde en Statistiek, I-BioStat.
- e Gastmedewerker, Vakgroep Wiskunde en Statistiek, I-BioStat.
- f Hoofdgeneesheer, PC Sint-Jan-Baptist Zelzate.
- g Hoogleraar em., departement Strafrecht, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit van Tilburg.
- h Hoogleraar, departement Strafrecht, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit van Tilburg.
- i Hoogleraar, departement Ontwikkelingspsychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit van Tilburg; Faculteit Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven; Hoofd onderzoek en behandelinnovatie (KARID), FPC De Kijvelanden, Rotterdam.

### ABSTRACT

#### Forensic ‘medium security’ projects: registration of incidents during treatment of forensic psychiatric patients of the Commission of Social Defense Ghent

Research concerning forensic medium security units in Flanders is scarce. This study reports on incidents during treatment. The population consisted of 203 forensic patients conditionally released by the Commission of Social Defense (CPS) of Ghent. During a ten-year follow-up period 236 incident reports were registered, caused by half of the population (53.20%). Less than half of these reports (41.53%) concerned incidents coded as criminal offences (like drug use, theft or violence). Violent incidents occurred in one out of five reports (20.34%) and were associated with poor treatment compliance and failure. Victims of violence were mainly hospital staff or patients. Incidents were reported to the prosecutor, but rarely led to a new conviction or internment. Instead, one third of the population was (re)incarcerated in prison. Protection, rather than treatment, thus seems to be the primary focus of the CPS.

**Keywords:** medium security, incidents, forensic psychiatric patients

**Kernwoorden:** medium security, incidenten, geïnterneerden

### 1. INLEIDING

Volgens de huidige wet tot Bescherming van de Maatschappij (WBM)<sup>1</sup> kan in België in geval van ontoerekeningsvatbaarheid een interneringsmaatregel van onbepaalde duur worden

1 Wet 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en de gewoontemisdadigers, BS 17 juli 1964. Op 9 juli 2014 werd in het Belgisch Staatsblad de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering

opgelegd door onderzoeks- en vonnisgerichten. Een interneringsmaatregel is een beveiligingsmaatregel (geen straf) met een tweeledig doel, namelijk de maatschappij beschermen en de geïnterneerde medisch-psychiatrisch behandelen (COSYNS, D'HONT, JANSSENS, MAES & VERELLEN, 2007; VANDEVELDE *et al.*, 2011). Geïnterneerden vallen onder de bevoegdheid van een Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM). In Vlaanderen verblijven geïnterneerden in psychiatrische afdelingen van een gevangenis ('annex') en in penitentiaire instellingen voor Sociaal Verweer (Merksplas, Turnhout of Brugge), of ze worden behandeld in een forensisch psychiatrische afdeling of in de algemene geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (VANDER LAENEN & DE CAUWER, 2011). Bij gebrek aan gepaste doorverwijsmogelijkheden verbleven in 2011 meer dan 600 Vlaamse geïnterneerden in een gevangenis (MOENS & PAUWELYN, 2012).

In 2001 werden in drie Vlaamse instellingen forensisch psychiatrische afdelingen opgericht (Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist te Zelzate en Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek). De afdelingen worden 'medium security' afdelingen (MSA) genoemd, refererend naar hun beveiligingsniveau. De focus lag hierbij op geïnterneerden met een gemiddeld veiligheidsrisico voor zichzelf en de samenleving en een gemiddeld risico op herval (MOENS & PAUWELYN, 2012). De term 'security' verwijst naar een essentieel aspect in de forensische zorg – 'veiligheid' – en bestaat uit drie aspecten: 1) omgevings- of materiële beveiliging, 2) procedurele beveiliging en 3) relationele beveiliging<sup>2</sup> (KENNEDY, 2002). Waar de twee eerste componenten uitgaan van het aanbodperspectief, is de derde component nauw verbonden met het risicoprofiel en de veiligheidsnoden van de patiënt (H. VERTOMMEN, persoonlijke communicatie, 13 augustus, 2013). Het MSA zorgaanbod is bedoeld voor Nederlandstalige geïnterneerden met enige mate van motivatie en leerbaarheid en, op psychiatrisch vlak, bij voorkeur met een psychotische en/of een persoonlijkheidsstoornis. Exclusiecriteria voor opname zijn een op de voorgrond staande seksuele<sup>3</sup> of verslavingsproblematiek en/of een hoge mate van psychopathie (DE SMEDT, MARIËN & VERMEIREN, 2008). Alleen de MSA van Zelzate heeft sinds 2006 een aanbod voor vrouwelijke geïnterneerden.

De algemene GGZ is vaak terughoudend tegenover de opvang en behandeling van daders met een psychiatrische problematiek, niet in het minst omdat deze patiëntengroep *de reputatie heeft* therapieresistent, moeilijk behandelbaar, weinig therapietrouw en gewelddadig te zijn (LAMB, WEINBERGER & GROSS, 1999; SCHANDA, STOMPE & ORTWEIN-SWOBODA, 2009). In een onderzoek van 1994 naar behandelmogelijkheden van geïnterneerden in Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen, bleek er terughoudendheid om teveel geïnterneerden op te nemen onder meer vanuit een bezorgdheid om de veiligheid voor het personeel en het imago van de instellingen. Ook de behandelmotivatie van geïnterneerden werd in vraag gesteld. Tenslotte bleek er behoefte aan sterker beveiligde afdelingen met betere omkadering dan op dat moment beschikbaar was in de GGZ (COSYNS, DILLEN, DE RUYTER & DE DONCKER, 1994). Vooral de idee dat regelmatig geweldsincidenten voorkomen binnen deze populatie wordt als problematisch beschouwd. Toch moet worden vastgesteld dat prevalentiecijfers van geweldsincidenten bij deze populatie in Vlaanderen tot nog toe ontbreken. Dit alles neemt niet weg dat, wanneer zich geweldsincidenten voordoen in een voorziening, deze een invloed hebben op de stabiliteit van een voorziening, zorgen

---

van personen gepubliceerd. Deze wet zal uiterlijk op 1 januari 2016 in werking treden en de wet van 1964 opheffen en vervangen.

- 2 Relationele beveiliging omvat zowel kwantitatieve (zoals bijvoorbeeld patiënt-personeelsratio) als kwalitatieve aspecten.
- 3 Voor geïnterneerden met seksuele problematiek (zoals bijvoorbeeld pedofilie) en een matig risicoprofiel is behandeling mogelijk in één van de drie afdelingen voor seksueel delinquenten (Asster Sint-Truiden, Sint-Amandus Beernem en Sint-Lucia Sint-Niklaas). In tegenstelling tot de medium security afdelingen zijn voornoemde afdelingen niet exclusief voor geïnterneerden bedoeld.

voor een groot personeelsverloop en in negatieve zin het behandelproces beïnvloeden (GOW, CHOO, DARJEE, GOULD & STEELE, 2010). In dit artikel worden de prevalentie en kenmerken van incidenten tijdens MSA opname bestudeerd, naast kenmerken van de populatie die incidenten veroorzaakt. Niet enkel kenmerken van de populatie, maar ook situationele factoren zoals overbevolking, de mate en kwaliteit van interacties tussen patiënten en personeel en het agressiebeleid binnen een institutie spelen een rol bij het tot stand komen van een geweldsincident (GADON, JOHNSTONE & COOKE, 2006). Het huidig onderzoeksopzet liet echter niet toe deze andere factoren te bestuderen.

Uit Nederlands onderzoek in de reguliere GGZ blijkt dat geweld op de werkvloer zelden leidt tot een strafrechtelijke vervolging. Slechts één vierde van de (pogingen tot) fysieke geweldsincidenten werden gerapporteerd bij de politie, en ongeveer 10% van de gerapporteerde incidenten werd voor de rechter gebracht (HARTE, VAN LEEUWEN & THEUWS, 2013). De huidige studie is voor zover ons bekend de eerste die de strafrechtelijke reactie op incidentmeldingen bij een forensische populatie in kaart brengt.

### 1.1. Internationaal onderzoek naar incidenten in MSA

De meest voorkomende incidenten die in de internationale literatuur worden beschreven en die toepasbaar zijn op *incidenten* in MSA zijn op de eerste plaats zelfbeschadigend gedrag, verbaal geweld en fysiek geweld. Ook het gebruik van alcohol of illegale drugs en ontvluchting worden gerapporteerd (ABIDIN *et al.*, 2013; BLATTNER & DOLAN, 2009; GOW *et al.*, 2010; HILLBRAND, 1995). Een ontvluchting blijkt zelden gepaard te gaan met het plegen van een misdrijf (GRADILLAS, WILLIAMS, WALSH & FAHY, 2007). Seksueel geweld en brandstichting komen minder vaak voor (BLATTNER & DOLAN, 2009; GOW *et al.*, 2010). Meestal is het personeel het slachtoffer van fysiek geweld, pas in tweede instantie onbekenden of medepatiënten (GOW *et al.*, 2010; GRADILLAS *et al.*, 2007). Wat *persoonskenmerken* betreft van patiënten die betrokken zijn bij geweldsincidenten, wordt een persoonlijkheidsstoornis geassocieerd met fysiek geweld en in veel mindere mate met een majeur psychiatrisch ziektebeeld, zoals schizofrenie (GOW *et al.*, 2010). Een hoge score op de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 2003) wordt intramuraal meer geassocieerd met algemene incidenten dan met gewelddadige incidenten (GUY, EDENS, ANTHONY & DOUGLAS, 2005). Eerder onderzoek toonde aan dat een verhoogde score op het risicotaxatie-instrument *Historical, Clinical, Risk Management-20* (HCR-20; WEBSTER, DOUGLAS, EAVES & HART, 1997) gerelateerd is aan intramurale geweldsincidenten (MCDERMOTT, EDENS, QUANBECK, BUSSE & SCOTT, 2008; MUDDÉ, NIJMAN, VAN DER HULST & VAN DEN BOUT, 2011).

Internationale vergelijkingen van wetenschappelijke onderzoeksbevindingen dienen steeds met de nodige voorzichtigheid te gebeuren. Verschillen in onder andere therapeutische omkadering, wetgeving en beleid rond internering kunnen immers een invloed hebben op deze bevindingen. De vergelijking van de kenmerken van de MSA patiëntenpopulatie in bovenstaande studies uit Ierland (ABIDIN *et al.*, 2013), het Verenigd Koninkrijk (BLATTNER & DOLAN, 2009; GOW *et al.*, 2010; GRADILLAS *et al.*, 2007), de staat Californië (MCDERMOTT *et al.*, 2008) en Nederland (MUDDÉ *et al.*, 2011), met de kenmerken van de patiëntenpopulatie in onderhavige MSA studie geeft aan dat deze gelijkaardig zijn voor demografische en juridische kenmerken. Ze zijn minder vergelijkbaar voor klinische kenmerken aangezien MSA patiënten in internationale studies vaker gediagnosticeerd worden met een psychotische problematiek.

## 1.2. De huidige studie

Dit onderzoek maakt onderdeel uit van een grotere studie<sup>4</sup> die werd opgestart bij de oprichting van de MSA-afdelingen en wordt gefinancierd door het OPZC Rekem, 'Limburg Sterk Merk' en 'Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg'. De studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen op 24 januari 2011. In deze studie werden incidentmeldingen tijdens MSA behandeling van een subgroep geïnterneerden onderzocht (cf. 2.1.). Hierbij werden zowel gebeurtenisgerelateerde kenmerken – zoals het profiel van slachtoffers en de strafrechtelijke reactie – als persoonsgerelateerde kenmerken – zoals het profiel van de geïnterneerde – van de incidenten bestudeerd. De onderzoeksdoelstelling werd vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Wat was de frequentie, aard en ernst van de geregistreerde incidenten?
- 2) Hoeveel slachtoffers waren betrokken bij de incidenten en wat was hun profiel?
- 3) Hoe werd strafrechtelijk gereageerd op de incidentmeldingen?
- 4) Verschilde de populatie met geweldsincidenten van de populatie zonder geweldsincidenten?

## 2. METHODE

### 2.1. Dataverzameling

Tussen 2001 en 2010 werden de dossiers van 203 geïnterneerden die behandeld werden in één van de drie MSA's (Zelzate: 63,1%,  $n = 128$ ; Bierbeek: 21,2%,  $n = 43$  en Rekem: 15,8%,  $n = 32$ ) retrospectief geanalyseerd.<sup>5</sup> In het huidige onderzoek werden enkel geïnterneerden, ressorterend onder CBM Gent geïnccludeerd. De steekproef bedraagt 37,5% van het totaal aantal geïnterneerden in deze periode behandeld in Vlaamse MSA's en 98,5% van de populatie geïnterneerden door CBM Gent verwezen naar medium security behandeling.

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen. Sinds de opstart van de MSA's verzamelen de behandelaars op systematische wijze demografische, klinische en juridische gegevens betreffende antecedenten en indexdelict<sup>6</sup> van de opgenomen geïnterneerden. Deze gegevens werden door de onderzoekers retrospectief (periode 2011–2013) gecontroleerd. Teneinde een zo valide mogelijke scoring van de variabelen te bekomen, werd een checklist en bijhorende handleiding opgesteld. Indien informatie ontbrak, werd het behandeldossier van de geïnterneerde ingezien. Daarnaast werden alle CBM dossiers van de geïnterneerden doorgenomen teneinde justitiële antecedenten, incidentmeldingen en CBM beslissingen te verzamelen. De antecedenten en indexdelicten werden geclusterd in vijf categorieën van delicten: geweldsdelicten, eigendomsdelicten, drugsdelicten, seksuele delicten en overige delicten. Om deze clustering mogelijk te maken, werd gebruik gemaakt van een codeboek, waarbij aan elke code uit het strafwetboek een categorie werd toegekend.

Informatie betreffende *de kenmerken van de geïnterneerden* ('persoonsgerelateerd') werd verzameld via CBM dossiers en MSA behandeldossiers.

Informatie over *incidenten tijdens opname* ('gebeurtenisgerelateerd') werd verzameld via CBM dossiers van geïnterneerden die 1) onder de bevoegdheid vielen van de Gentse CBM en 2) die tussen 2001 en 2010 werden opgenomen. Een incident werd gedefinieerd als een

4 Alle Vlaamstalige CBMs en de drie Vlaamse MSAs zijn betrokken bij dit onderzoek ( $N = 531$ ). De dataverzameling werd recent afgerond; de komende periode worden de resultaten van de totale populatie geanalyseerd.

5 In totaal werden in deze periode 206 personen behandeld waarvan er drie (1,46%) geen toestemming gaven tot het gebruik van hun gegevens.

6 Het indexdelict is het delict waarvoor de internering werd opgelegd.

(negatieve) gebeurtenis of een cluster van (negatieve) gebeurtenissen ('incidentmelding') die door justitieassistenten of behandelaren gerapporteerd werden aan de CBM. Het gaat hierbij om incidenten waarvan de kwalificatie in het strafwetboek is terug te vinden ('als misdrijf omschreven incident') en om incidenten die te maken hebben met het overtreden van de interneringsvoorwaarden ('niet als misdrijf omschreven incident'). Voor elk incident werd de aard en ernst onderzocht (tabel 1), werd nagegaan of er slachtoffers betrokken waren en werd de aard van de relatie tussen de geïnterneerde en het slachtoffer onderzocht. Alle slachtoffers van geweldsincidenten waarbij de lichamelijke integriteit werd aangetast of ernstig bedreigd, werden geregistreerd.

De strafrechtelijke reactie op de incidenten werd nagegaan via 1) de beslissingen van de CBM, 2) de detentiefiches opgevraagd via het administratief registratiesysteem 'Detentie Informatie Systeem' (SIDIS) van het Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen van het gevangeniswezen<sup>7</sup> en 3) de uittreksels van de strafregisters opgevraagd via het Centraal strafregister van de Federale Overheidsdienst Justitie.<sup>8</sup> In de CBM dossiers werd nagegaan of naar aanleiding van een incidentmelding naast een eventuele oproeping ter vermaning ook strafrechtelijke actie werd ondernomen, dan wel of de interneringsvoorwaarden werden aangepast door de CBM of werd overgegaan tot een (her)opsluiting in de gevangenis. Bij een (her)opsluiting werd de duur van de detentie berekend. Indien een incident door het openbaar ministerie vervolgd werd en uiteindelijk gevonnist, werd de aard van het vonnis bepaald.

TABEL 1. CODERING INCIDENTEN<sup>9</sup>

Als misdrijf omschreven incident	
(Seksueel) gewelddadig incident	Het toebrengen van letsel aan één of meerdere personen, dan wel een poging daartoe of dreigen ermee (Webster <i>et al.</i> , 1997)
Levensdelict	
Poging levensdelict	
Brandstichting met gevaar voor personen	
Overig geweldsdelict	
Eigendomsdelict met geweld	
Verbaal geweldsdelict	
Seksueel geweldsdelict tegen minderjarigen	
Seksueel geweldsdelict tegen meerderjarigen	
Niet-gewelddadig seksueel delict	Seksueel hands-off delict
Eigendomsdelict	
Eigendomsdelict zonder geweld (bijvoorbeeld diefstal, oplichting)	
Brandstichting zonder gevaar voor personen	
Drugsdelict	Bezit en verkoop van illegale drugs en niet-voorgescreven medicatie

7 Extractie van de data op 16/11/2011.

8 Extractie van de data op 16/2/2012.

9 De afbakening van de variabelen werd opgesteld na consensusbespreking door twee onderzoekers (tabel 1).

Overig delict	
Delict in de familiale sfeer bijvoorbeeld familieverlating, illegale abortus	
Verkeersinbreuk	
Ander delict bijvoorbeeld vernieling, verstoring openbare orde	
<b>Niet als misdrijf omschreven incident</b>	
Compliance	Het niet opvolgen van behandelafspraken (bijvoorbeeld zich onthouden van alcoholgebruik, geen relatie aangaan met een medepatiënt, regelmatige therapiedeelname, inname van voorgeschreven medicatie)
Schending overige voorwaarden	Het niet opvolgen van bijkomende juridische voorwaarden opgelegd door de CBM (bijvoorbeeld niet nakomen afspraken justitie assistent of verbreken contactverbod)
Ongeoorloofde afwezigheid	
Onttrekking	Ongeoorloofde afwezigheid tijdens begeleid of onbegeleid verlof
Ontvluchting	Ongeoorloofde afwezigheid zonder voorafgaandelijk toegestaan verlof

## 2.2. Beschrijving van de steekproef

De gemiddelde leeftijd op het moment van opname was 35.7 jaar ( $SD = 10.23$ , range = 18.8–73.4). De respondenten waren overwegend mannen<sup>10</sup> (92.6%,  $n = 188$ ). De meeste geïnterneerden waren in België geboren<sup>11</sup> (92%,  $n = 183$ ). Ongeveer vier op tien geïnterneerden (42.4%,  $n = 86$ ) werd meer dan één keer opgenomen op een MSA. De gemiddelde opnameduur bedroeg gecumuleerd<sup>12</sup> 627.3 dagen ( $SD = 466.2$  dagen; range = 8–2729 dagen). Twee geïnterneerden overleden in de loop van de behandeling en voor 17 geïnterneerden was bij het afsluiten van de studie geen ontslagdatum bekend. In de groep van de beëindigde behandelingen ( $n = 184$ ) werd ongeveer een kwart (26.6%,  $n = 49$ ) vroegtijdig afgesloten ('drop out behandelingen'). Deze drop out behandelingen hebben zowel betrekking op behandelingen door de geïnterneerde zelf afgebroken, tegen advies van de MSA, als op behandelingen die vroegtijdig stopgezet werden door het ziekenhuis wegens conflicten in de samenwerking of wegens incidenten.

De indexinternering werd vooral opgelegd naar aanleiding van geweldsdelicten (70.4%,  $n = 143$ ), gevolgd door eigendomsdelicten (22.7%,  $n = 46$ ), en in beperkte mate voor drugsdelicten (2%,  $n = 4$ ), seksuele delicten inclusief seksueel gewelddadige delicten (4.4%,  $n = 9$ ) en overige delicten (0.5%,  $n = 1$ ). In geval van meerdere misdrijven werd het indexdelict gekwalificeerd aan de hand van het meest ernstige delict per indexinternering. De ernst van het delict werd gecodeerd naargelang morele ernst, grotendeels gebaseerd op de Delict Ernst score (DE-12; BRAND, 2005). Een minderheid (14.3%,  $n = 29$ ) had een blanco strafregister voorafgaand aan de indexinternering. De gemiddelde leeftijd bij de eerste veroordeling of interneringsmaatregel was 25.2 jaar ( $SD = 9.5$ ; range = 9.8–66.5). Het merendeel van de steekproef (94.1%,  $n = 191$ ) was eerder veroordeeld of geïnterneerd wegens (seksuele) geweldsdelicten. Meer dan een derde

<sup>10</sup> Aangezien het geslacht niet geassocieerd was met de onderzochte variabelen en omwille van het kleine aantal vrouwelijk geïnterneerden werden de onderzoeksresultaten niet apart weergegeven voor mannen en vrouwen.

<sup>11</sup> De overgrote meerderheid (98.36%) hiervan had ook de Belgische nationaliteit.

<sup>12</sup> De opnameduur werd per geïnterneerde voor eerste opname en heropnames gecumuleerd.

kon als veelpleger beschouwd worden (33.9%,  $n = 57$ ).<sup>13</sup> Bij 16.3% van de geïnterneerden ( $n = 33$ ) was er voorafgaand aan het indexdelict een zeer ernstig persoonsdelict gedefinieerd, met name (poging tot) moord/doodslag, brandstichting met gevaar voor personen, (poging tot) verkrachting en (poging tot) aanranding van de eerbaarheid van minderjarigen.<sup>14</sup>

Diagnoses op basis van de DSM-IV(-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2000) werden door de eerste auteur in overleg met de behandelende psychiaters gesteld op basis van alle beschikbare dossierinformatie. Voor deze studie werden de diagnoses geclusterd in drie grote categorieën: a) majeure psychiatrische stoornissen (MPS) (37.4%,  $n = 76$ ); b) majeure psychiatrische stoornissen in combinatie met aan middelen gebonden stoornissen<sup>15</sup> (MPS-MGS) (19.2%,  $n = 39$ ) inclusief direct hieraan gerelateerde complicaties; en c) overige stoornissen (AN) (43.4%,  $n = 88$ ) waaronder – al dan niet gecombineerd – persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 74$ ), middelen gerelateerde stoornissen ( $n = 55$ ), zwakbegaafdheid of verstandelijke beperking ( $n = 29$ ) en alle andere diagnoses ( $n = 14$ ) (MONAHAN *et al.*, 2001). Met majeure psychiatrische stoornissen worden ernstige psychiatrische ziektes zoals schizofrenie en bipolaire stoornis bedoeld. Onder middelen gerelateerde stoornissen worden zowel problematisch alcohol- en/of illegaal druggebruik als afhankelijkheid aan deze middelen verstaan. Zwakbegaafdheid refereert naar een verlaagd intelligentiequotiënt tussen 70 en 84; verstandelijke beperking refereert naar personen met een IQ beneden de 70 die al voor hun 18<sup>de</sup> levensjaar op verschillende levensdomeinen problemen ondervonden (APA, 2000; SCHALOCK *et al.*, 2010). Andere diagnoses verwijzen naar minder ernstige psychiatrische ziektebeelden zoals aanpassingsstoornissen.

Van een aanzienlijk deel van de populatie (42.4%,  $n = 86$ ) was geen IQ-score beschikbaar op basis van de Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III; WECHSLER, 2000). Bij de personen waarvan wel een score bekend was, bedroeg deze gemiddeld 78.8 ( $SD = 18.11$ ; range = 48–135). Ook risicotaxatie werd niet systematisch uitgevoerd: 129 scores op de PCL-R (63.6%) en 78 scores op de HCR-20 (38.4%) ontbraken. Meer dan een vierde (28.8%,  $n = 36$ ) werd geclassificeerd als hoog risico op basis van de HCR-20.<sup>16</sup> De gemiddelde PCL-R score bedroeg 20.6 ( $SD = 6.5$ ; range = 8–34). Meer dan een kwart scoorde boven de *cut-off* van 25 (29.2%,  $n = 21$ ).<sup>17</sup>

Samenvattend kan gesteld worden dat de MSA populatie wordt gekenmerkt door een complexe problematiek zowel op sociaal, juridisch als psychiatrisch vlak. Wat betreft demografische en juridische gegevens is de steekproef vergelijkbaar met forensisch psychiatrische populaties in het buitenland. Wat betreft klinische kenmerken valt de hoge prevalentie van psychotische stoornissen in buitenlandse studies op, in vergelijking met onze MSA-studie. De ‘drop out’ subgroep verschilde op een aantal kenmerken van de groep geïnterneerden die de behandeling wel afmaakte. Gemiddeld was deze groep jonger bij eerste opname en waren er meer personen met een zeer ernstig persoonsdelict in de voorgeschiedenis ( $\chi^2(1) = 7.37, p = .007$ ). Ook was de gecumuleerde opnameduur gemiddeld korter ( $U = 1838.0, z = -4.60, p = .00$ ) en verschilde de psychiatrische problematiek ( $\chi^2(2) = 6.27, p = .044$ ).

13 Een geïnterneerde werd als een veelpleger beschouwd als hij als volwassen dader drie of meer strafzaken onderging binnen vijf jaar voorafgaand aan de indexinternering (Wartna & Tollenaar, 2004). Bij 17.2% van de populatie ( $n = 35$ ) was omwille van de jonge leeftijd geen periode van vijf jaar of meer voor de indexinternering.

14 Deze indeling is gebaseerd op categorie 8 – 12 (BRAND, 2005).

15 Categorie a) en b) al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis.

16 De HCR-20 is een lijst van 20 risicofactoren voor gewelddadig gedrag. De HCR-20 is geen formele psychologische test, maar een handleiding voor risicotaxatie. Op basis van 20 variabelen die relevante aspecten van zowel verleden, heden als toekomst beschrijven, wordt een inschatting gemaakt van de kansen op herval in een geweldsdelict (laag/matig/hoog). Een gestructureerd klinische score ‘hoog’ op de HCR-20 geeft een indicatie op een verhoogd risico op herval in geweldsincidenten.

17 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 25 of meer wordt in Europa als indicatief voor psychopathie aanzien (COOKE & MICHIE, 1999).



### 3. ONDERZOEKSRESULTATEN<sup>18</sup>

#### 3.1. Gebeurtenisgerelateerde kenmerken van de incidenten

In totaal werden tussen 2001 en 2010 236 incidentmeldingen – bestaande uit één of meerdere incidenten die in dezelfde tijdspanne plaatsvonden – aan de CBM gerapporteerd (tabel 2). Het totaal aantal incidenten bedroeg 331.

##### 3.1.1. Aard en ernst van de incidenten

Bijna twee derde (62.6%,  $n = 206$ ) van de incidenten betrof niet als misdrijf omschreven incidenten.<sup>19</sup> Meer specifiek ging het om ongeoorloofde afwezigheden ( $n = 122$ ), problemen met het opvolgen van behandelafspraken ('compliance';  $n = 71$ ) en overige schendingen van voorwaarden ( $n = 13$ ). Ongeoorloofde afwezigheden bestonden uit ontvluchtelingen uit het ziekenhuis(terrein) (70.5%,  $n = 86$ ), of onttrekkingen aan een toegekend begeleid verlof (27%,  $n = 33$ ), of onbegeleid verlof (2.5%,  $n = 3$ ). De gemiddelde duur van een ongeoorloofde afwezigheid bedroeg 6.38 dagen ( $SD = 14.7$ , range = 1–87).<sup>20</sup> In 71.2% van de gevallen werden de geïnterneerden binnen twee dagen terug gevat. Eén vijfde van de ontvluchtelingen (20.5%,  $n = 25$ ) ging gepaard met één of meer potentieel strafbare incidenten (cf. infra).

Iets meer dan een derde van de incidenten (37.4%,  $n = 123$ ) konden als misdrijf omschreven worden. In ongeveer de helft van de gevallen (48.8%,  $n = 60$ ) betrof het niet-gewelddadige feiten: drugbezit en/of -verkoop ( $n = 34$ ), eigendomsdelicten zonder geweld ( $n = 17$ ), overige delicten zoals vernielingen ( $n = 8$ ) en *hands off* seksuele delicten ( $n = 1$ ). In de andere helft (51.2%,  $n = 63$ ) ging het om gewelddadige feiten: vooral verbaal geweld (zoals bedreigingen en stalking) ( $n = 29$ ) en slagen en verwondingen ( $n = 28$ ). Eigendomsdelicten met geweld (zoals handtassendiefstal) ( $n = 3$ ), pogingen tot een levensdelict ( $n = 2$ ) en brandstichting met gevaar voor personen ( $n = 1$ ) kwamen uitzonderlijk voor. Geweldsincidenten vonden zelden plaats in samenhang met drugbezit (4.8%,  $n = 3$ ,  $p = 0.44$ ) en in 14.3% van de gevallen ( $n = 9$ ) met alcoholgebruik (RR = 2.9; 95% BI = 1.6–5.2;  $p = 0.08$ ). Een kwart van de als misdrijf omschreven incidenten vond plaats tijdens een ongeoorloofde afwezigheid (24.4%,  $n = 30$ ). Meer specifiek betrof het hier drugbezit ( $n = 12$ ), diefstal ( $n = 8$ ), bedreiging ( $n = 6$ ), fysieke agressie ( $n = 3$ ) en vernieling ( $n = 1$ ).

18 De beschrijvende statistiek en de analyses werden uitgevoerd in SAS 9.3 en R3.0.1. De continue variabelen werden beschreven door middel van het gemiddelde, de standaarddeviatie en de range. De categorische variabelen werden beschreven door middel van de aantallen en percentages per categorie. De associatie tussen twee categorische variabelen werd getest met de Fisher-exact test. De gemiddelden van twee groepen (eventueel na transformatie van de data in het geval van niet-normaliteit) werden vergeleken met de ongepaarde t-test. Indien geen gepaste transformatie van de data gevonden werd bij niet-normaliteit, werden de medianen van de twee groepen vergeleken met de Wilcoxon rank-sum test. De associaties tussen geweldsincidenten tijdens MSA behandeling en de verschillende justitiële, klinische en behandelingskenmerken werden eerst individueel getest met de Fisher-exact test. Het bijbehorende relatieve risico (RR) met het 95% betrouwbaarheidsinterval werd berekend. Vervolgens werd, op basis van de gevonden enkelvoudige associaties, de associatie tussen incidenten tijdens de MSA behandeling en de verschillende justitiële, klinische en behandelingskenmerken onderzocht met behulp van een meervoudige logistische regressie. De relatieve risico's voor het meervoudige model werden berekend op basis van de gecorrigeerde odds ratio's volgens de methode beschreven door ZHANG en YU (1998). Alle testen waren tweezijdig met significantieniveau 5%.

19 Van twee van de in totaal 331 incidenten (0.6%) kon geen juiste kwalificatie achterhaald worden.

20 Van 119 ontvluchtelingen was de begin- en einddatum bekend. Daarnaast was bij één ontvluchting de geïnterneerde bij het afsluiten van de studie na 2833 dagen nog steeds spoorloos.



TABEL 2. AARD VAN INCIDENTEN (GEBEURTENISGERELATEERD)

	Incidenten <i>event based</i> (n = 329)
Niet als misdrijf omschreven incidenten	206 (62.61%)
Ongeoorloofde afwezigheid	122 (37.08%)
Compliance	71 (21.58%)
Schending strafrechtelijke voorwaarden	13 (3.95%)
Als misdrijf omschreven incidenten	123 (37.39%)
Gewelddelicten	63 (19.15%)
Verbaal gewelddelict	29
Overig gewelddelict	28
Eigendomsdelict met geweld	3
Poging levensdelict	2
Brandstichting met gevaar voor personen	1
Levensdelict	0
Seksueel <i>hands-on</i> delict	0
Drugsdelicten	34 (10.33%)
Cannabis	16
Niet anders omschreven	10
Heroïne	3
Illegale medicatie	3
Speed, cocaïne	2
Hallucinogene paddenstoelen	1
Eigendomsdelicten	17 (5.17%)
Eigendomsdelict zonder geweld	15
Brandstichting zonder gevaar voor personen	2
Overige delicten	8 (2.43%)
Ander delict	8
Delict in de familiale sfeer	0
Verkeersinbreuk	0
Seksuele delicten	1 (0.30%)
Seksueel <i>hands-off</i> delict	1
Totaal aantal incidenten	329 (100%)

### 3.1.2. Slachtoffergegevens

Bij één vijfde van de incidentmeldingen (20.3%, n = 48) waren één of meerdere directe slachtoffers betrokken. In totaal ging het om 64 slachtoffers van geweldsincidenten; geen enkel slachtoffer was minderjarig. Overwegend mannen waren slachtoffer (80%, n = 20).<sup>21</sup> In de meeste gevallen waren dader en slachtoffer bekenden van elkaar (93.3%, n = 56); hulpverleners<sup>22</sup> (45%, n = 27), medepatiënten (28.3%, n = 17) en familieleden (11.7%, n = 7) waren het vaakst slachtoffer.

21 In slechts 39.06% van de gevallen (n = 25) was het geslacht van het slachtoffer bekend. In vier gevallen (6.25%) kon de aard van de relatie tussen dader en slachtoffer niet achterhaald worden.

22 Het ging hier over hulpverleners in de ruime zin: verpleegkundigen, therapeuten, sociaal assistenten, bewindvoerders, ...

### 3.1.3. Strafrechtelijke afhandeling

De incidentmeldingen – 236 in totaal – bestonden uit niet als strafbaar omschreven ( $n = 138$ ) en als strafbaar omschreven incidenten ( $n = 98$ ). In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de beslissing van de CBM per type incidentmelding, gekwalificeerd aan de hand van het meest ernstige incident per melding.<sup>23</sup> In 54.3% ( $n = 127$ ) van de meldingen besliste de CBM tot verdere opname in de MSA zonder (strafrechtelijk) gevolg<sup>24</sup>, in 44.4% ( $n = 104$ ) van de meldingen tot een (her)opsluiting in de gevangenis en in 1.3% ( $n = 3$ ) van de meldingen tot een aanpassing van de voorwaarden (zoals het bijkomend opleggen van een contactverbod).

Wanneer werd beslist tot een (her)opsluiting in de gevangenis was de aanleiding in 37 gevallen (35.6%) een ongeoorloofde afwezigheid, in 28 gevallen (26.9%) een melding van geweld, in 16 gevallen (15.4%) compliance problemen, in 11 gevallen (10.6%) drugsbezit, in 9 gevallen (8.7%) eigendomsdelicten en in 3 gevallen (3.9%) overige incidenten. Opvallend is dat meldingen van als strafbaar omschreven incidenten niet vaker (52%,  $n = 51$ ) dan meldingen van niet als strafbaar omschreven incidenten leidden tot een aanhouding (39%,  $n = 53$ ), hoewel een mogelijk verband gesuggereerd werd ( $p = 0.06$ ). Bovendien bleek geen significant verband tussen het risico op een (her)opsluiting in de gevangenis en de aard van de incidentmelding ( $p = 0.38$ ). De detentietijd volgend op een (her)opsluiting duurde gemiddeld 443.2 dagen ( $SD = 461.6$ , range = 3–1912).<sup>25</sup> Slechts bij twee meldingen – in beide gevallen een ontvluchting met ernstige geweldsdelicten – volgde parallel aan de indexinternering een nieuw strafrechtelijke vonnis, waarvan één interneringsmaatregel en één veroordeling in Nederland tot een tbs-maatregel.

TABEL 3. BESLISSING VAN DE CBM IN FUNCTIE VAN HET TYPE INCIDENTMELDING

	Meldingen totaal ( $n = 234$ )	Onttrek- king ( $n = 108$ )	Geweld en seksueel ( $n = 48$ )		Drugs ( $n = 31$ )	Compli- ance ( $n = 28$ )	Overig delict ( $n = 20$ )	
			Geweld ( $n = 47$ )	Seksueel hands off ( $n = 1$ )			Eigendom ( $n = 13$ )	Ander ( $n = 6$ )
Heraanhouding	104 (44.44%)	37 (35.58%)	28 (26.92%)	0	11 (10.58%)	16 (15.38%)	9 (8.65%)	3 (3.89%)
Aanpassing voorwaarden	3 (1.28%)	0	1	0	0	1	0	1
Melding dossier	127 (54.27%)	71	18	1	20	11	4	2

### 3.2. Persoonsgerelateerde kenmerken van de incidenten

In totaal waren iets meer dan de helft van de geïnterneerden (53.2%,  $n = 108$ ) betrokken bij de incidentenmeldingen. Gemiddeld genomen was een ‘incidentpleger’ bij 2.2 meldingen betrokken ( $SD = 1.7$ ; range = 1–9).

23 In twee van de 236 meldingen (0.85%) kon de precieze kwalificatie van het meest ernstige incident per melding niet achterhaald worden.

24 In deze gevallen kon de geïnterneerde wel vermaand worden op de CBM-zitting.

25 De detentieperiode was bij 13 geïnterneerden die werden heraangehouden niet beëindigd op 31/12/2010. De gemiddelde detentietijd werd berekend tot en met 31/12/2010.

Bijna de helft (42.9%,  $n = 87$ ) van de geïnterneerden was betrokken bij een incidentmelding zonder strafbare feiten. Ongeveer één derde van de geïnterneerden (32%,  $n = 65$ ) was ongeoorloofd afwezig en een kwart (23.2%,  $n = 47$ ) hield zich niet aan de behandelafspraken. Slechts een minderheid (2.5%,  $n = 5$ ) schond overige juridische voorwaarden.

Eén derde van de geïnterneerden (31%,  $n = 63$ ) was betrokken bij een incidentmelding met strafbare feiten. Minder dan één op vijf geïnterneerden (17.7%,  $n = 36$ ) was betrokken bij een geweldsdelict. Daarnaast pleegde 10.3% van de populatie ( $n = 21$ ) een drugsdelict, 7.4% ( $n = 15$ ) een eigendomsdelict en 3.9% ( $n = 8$ ) een overig delict, veelal vernielingen. Eén geïnterneerde (0.5%) pleegde een seksueel *hands-off* delict; geen enkele een seksueel *hands-on* delict.

Een derde van de populatie (34.5%,  $n = 70$ ) werd in de loop van de MSA behandeling (opnieuw) opgesloten in de gevangenis naar aanleiding van een incident.

### **3.3. Kenmerken van geïnterneerden met geweldsincident en geïnterneerden zonder geweldsincident (tabel 4)**

*Demografische kenmerken.* Zoals kon verwacht worden, bestond de groep geïnterneerden die een geweldsincident veroorzaakte overwegend uit mannen (94.6%) met de Belgische nationaliteit (94.6%). Hun gemiddelde leeftijd bij opname was 35.4 jaar ( $SD = 9.8$ , range = 23.2–73.4). Er werd geen verband geobserveerd tussen de demografische variabelen en het veroorzaken van een geweldsincident.

*Justitiële antecedenten.* De groep geïnterneerden die een geweldsincident veroorzaakte bestond voor 34.6% uit veelplegers, had in 97.3% van de gevallen een (seksueel) geweldsincident in de voorgeschiedenis en in 24.3% een zeer ernstig antecedent in de voorgeschiedenis (cf. 2.2.). De gemiddelde leeftijd op moment van het eerste vonnis was 25.4 jaar ( $SD = 9.8$ , range = 15.4–66.5). Het indexdelict bestond uit geweldsdelicten (78.4%), eigendomsdelicten (18.9%) en seksuele delicten (2.7%). Er werd geen verband geobserveerd tussen de justitiële antecedenten en het veroorzaken van een geweldsincident.

*Klinische kenmerken.* In de groep geïnterneerden die een geweldsincident veroorzaakte, had 29.7% een diagnose van een majeure psychiatrische stoornis, 10.8% van een majeure psychiatrische stoornis in combinatie met een aan een middelen gebonden stoornis en 59.5% een andere stoornis. Drie kwart van de groep had een diagnose van een persoonlijkheidsstoornis (75.7%) en was normaal begaafd (78.4%). Eén vierde van de onderzoeksobjecten had een hoge PCL-R score (25%) en bijna de helft scoorde 'hoog' op de HCR-20 (45.8%). Het veroorzaken van een geweldsincident hing positief samen met de score 'hoog' op de HCR-20 ( $RR = 1.9$ ; 95% BI = 1.1–3.2;  $p = 0.05$ ).

*Behandelkenmerken.* Ongeveer de helft van de groep geïnterneerden die een geweldsincident veroorzaakte, was minstens eenmaal ongeoorloofd afwezig tijdens MSA opname (46%) en/of maakte de behandeling niet af (50%). Daarnaast vertoonde 70.3% een gebrekkige compliance. Het veroorzaken van een geweldsincident was geassocieerd met drop out behandelingen ( $RR = 2.8$ ; 95% BI = 1.5–5;  $p = 0.00$ ), en een gebrekkige compliance ( $RR = 3.6$ ; 95% BI = 1.9–6.8;  $p = 0.00$ ). Alcoholgebruik als onderdeel van gebrekkige compliance hing sterk positief samen met het plegen van geweldsincidenten ( $p = 0.00$ ).

TABEL 4. PERSOONSGERELATEERDE KENMERKEN VAN DE INCIDENTEN

Categoriale variabelen	Totale populatie (n = 203)		Groep met geweldsincident (n = 37)		Groep zonder geweldsincident (n = 166)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Demografische variabelen</i>						
Mannelijk geslacht	188	92.61	35	94.59	153	92.17
In België geboren <sup>a</sup>	183	91.96	35	94.59	148	91.36
<i>Justitiële antecedenten</i>						
Veelpleger	57	33.93	13	38.24	44	32.84
Zeer ernstig antecedent	33	16.26	9	24.32	24	14.46
Voorgeschiedenis (seksueel) geweld	191	94.09	36	97.30	155	93.37
Indexdelict						
Geweld	143	70.44	29	78.38	114	68.67
Eigendom	46	22.66	7	18.92	39	23.49
Drugs	4	1.97	0	0	4	2.41
Seksueel	9	4.43	1	2.70	8	4.82
Overig	1	0.49	0	0	1	0.6
<i>Behandelingskenmerken</i>						
Ongeoorloofde afwezigheid	72	35.47	17	45.95	55	33.13
Compliance	81	39.90	26**	70.27	55**	33.13
Drop out	49	26.63	17**	50	32**	21.33
Drugbezit/-handel	21	10.35	6	16.22	15	9.04
<i>Klinische kenmerken</i>						
PCL-R ffl 25 <sup>b</sup>	21	29.17	4	25	17	30.36
HCR-20 hoog <sup>c</sup>	36	28.80	11*	45.83	25*	24.75
Psychiatrische diagnose						
MPS	76	37.44	11	29.73	65	39.16
MPS-MGS	39	19.21	4	10.81	35	21.08
AN	88	43.35	22	59.46	66	39.76
Persoonlijkheidsstoornis	127	62.56	28	75.68	99	59.64
Middelenstoornis	94	46.31	17	45.95	77	46.39
Intellectuele beperkingen						
Normaal begaafd	157	77.34	29	78.38	128	77.11
Zwakbegaafd	13	6.40	0	0	13	7.83
Verstandelijk beperkt	33	16.26	8	21.62	25	15.06
<b>Continue variabelen</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
<i>Demografische variabelen</i>						
Leeftijd bij eerste opname	35.66	10.23	35.38	9.81	35.72	10.35
Justitiële antecedenten						
Leeftijd eerste vonnis	25.17	9.54	25.41	9.78	24.82	9.71

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

<sup>a</sup>1.97% missing, <sup>b</sup>55% missing, <sup>c</sup>38.42% missing.

Tot slot werden de individuele significante associaties met geweldsincidenten opgenomen in een meervoudige logistische regressie. Hier bleek de associatie met de HCR-20 score niet

langer significant. Een gebrekkige compliance en het niet afmaken van de behandeling hing samen met een verhoogd risico op geweldsincidenten (respectievelijk,  $p = 0.01$  en  $p = 0.02$ ). Corrigerend voor het al dan niet afmaken van de behandeling, was er bij gebrekkige compliance meer kans op geweldsincidenten dan bij goede compliance (RR = 2.2; 95% BI = 1.1–3.7). Corrigerend voor compliance was er meer kans op geweldsincidenten bij het niet afmaken van de behandeling dan wanneer de behandeling voltooid werd (RR = 2.5; 95% BI = 1.3–4.5).

#### 4. DISCUSSIE

In dit artikel werden de kenmerken van incidenten die voorkwamen tijdens opname in drie forensisch psychiatrische afdelingen voor medium security (MSA) en de kenmerken van de geïnterneerden die bij deze incidenten betrokken waren bestudeerd.

##### **De meerderheid van de incidenten zijn niet strafbaar en niet gewelddadig**

De helft van de geïnterneerden die werden opgenomen op een MSA tijdens de observatieperiode van tien jaar was betrokken bij een incident. Belangrijk evenwel is dat er in twee derde van de incidenten geen sprake was van een als misdrijf omschreven feit, maar dat het ging om regelovertradingen zoals problemen in het behandelingsverloop, met name ontvluchtingen en het niet nakomen van behandelafspraken.

In vergelijking met internationale cijfergegevens (5.5%; BLATTNER & DOLAN, 2009; 8.3%; Gow *et al.*, 2010), ligt het aantal ontvluchtingen in ons onderzoek hoog (37.1%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat medium security geïnterneerden relatief snel na hun opname (on)begeleide vrijheden kregen, bijvoorbeeld met het oog op therapiedeelname op het ziekenhuisterrein. Vrijheden worden progressief aan de hand van risicotaxaties toegekend, maar houden een berekend risico in. Architecturaal is de veiligheidsgraad van een MSA, die is ingebed in de setting van een regulier psychiatrisch ziekenhuis, niet te vergelijken met een gevangenis of het nieuw gebouwde forensisch psychiatrisch centrum in Gent, waar de zorg integraal intramuraal aangeboden kan worden. Hoewel ze vaak voorkwamen, gingen deze ontvluchtingen slechts in één op vier van de gevallen gepaard met het plegen van een als misdrijf omschreven feit, in meerderheid niet gewelddadige feiten zoals drugbezit of diefstal.

Iets meer dan een derde van de incidenten betrof strafbare feiten (37.4%). Drie kwart van die feiten vond plaats op de MSA (74.8%) en een vierde vond plaats in de samenleving. Geïnterneerden pleegden significant meer feiten op de afdeling dan tijdens vrijheden in de samenleving (McNEMAR,  $p = 0.00$ ). Ook het aandeel geweldsfeiten was hoger op de MSA dan daarbuiten (58% versus 30%). Het aandeel druggerelateerde feiten en eigendomsdelicten lag dan weer hoger buiten de MSA dan op de afdeling (respectievelijk 23.6% versus 40% en 9.7% versus 26%).

In navolging van internationaal onderzoek blijkt dat de meest voorkomende strafbare feiten geweldsincidenten waren, waarvan het merendeel verbaal geweld of slagen en verwondingen betrof (BLATTNER & DOLAN, 2009; Gow *et al.*, 2010). Bij alle incidenten was slechts drie keer sprake van zeer ernstig geweld, met name twee pogingen tot een levensdelict en één brandstichting met gevaar voor personen. Conform eerder onderzoek (GUDJONSSON, RABE-HESKETH, & WILSON, 1999), kan dus gesteld worden dat de aard van de geweldsincidenten in het merendeel van de gevallen een lage tot matige ernst kent. Het lage percentage fysieke geweldsincidenten is opvallend vermits de meerderheid van de onderzochte populatie in het verleden reeds werd veroordeeld en/of geïnterneerd voor geweldsdelicten. Deze vaststelling kan wijzen op een adequaat risicomanagement van de MSA's, waar men onder meer gebruik maakt van individuele signaleringsplannen en agressiehanteringstherapie om geweldsincidenten te voorkomen. Bij gewelddadige feiten was het slachtoffer bijna altijd een bekende van de

dader. In de eerste plaats betrof het hulpverleners en in de tweede plaats medepatiënten, wat buitenlands onderzoek bevestigt (Gow *et al.*, 2010; GRADILLAS *et al.*, 2007).

### **Incidenten leiden tot vrijheidsberoving, niet tot een nieuwe veroordeling of internering**

Bij iets meer dan de helft van de incidentmeldingen (54,3%) besliste de CBM tot een verderzetting van de MSA opname. Hoewel na een incident slechts uitzonderlijk een nieuwe strafrechtelijke veroordeling of interneringsmaatregel werd uitgesproken, volgde na een incident in iets minder dan de helft van de gevallen toch een scherpe strafrechtelijke reactie – zelfs zonder vonnis – in de vorm van een (her)opsluiting in de gevangenis ('wederopname'). Wederopnames werden, conform de wet, bevolen door de Procureur des Konings meestal in overleg met de CBM, maar altijd op vraag van de MSA's zelf (H. HEIMANS, persoonlijke communicatie, 10 december, 2014). Opvallend is dat bij de beslissing tot een wederopname in de gevangenis geen significant verschil werd gevonden naargelang de aard van de feiten. Meldingen van strafbare incidenten en niet strafbare incidenten leidden in respectievelijk 52% en 39% van de gevallen tot een wederopname in de gevangenis, maar dit verschil was niet significant. Een wederopname na een incident had een langdurige detentie, gemiddeld genomen bijna 15 maanden, tot gevolg. De aangevatte behandeling werd hierdoor bij een derde van de populatie voor langere tijd onderbroken en bij een vierde van de populatie zelfs (voorlopig) stopgezet. Van de optie om rechtstreeks te kiezen voor een tweede behandelingspoging in één van de andere MSA's werd nagenoeg geen gebruik gemaakt. Een langdurige investering geleverd tijdens een behandeltraject kan hierdoor op relatief korte termijn teniet gedaan worden door detentieschade (CREWE, 2011; LAUWAERT, MATTHEEUWS, & DE DEYGERE, 2014). CARR *et al.* (2006) verklaren het hoog aantal vastgelopen behandelingen door een gebrekkige voorbereiding tijdens detentieperiode op forensisch psychiatrische behandeling waardoor patiënten snel worden teruggestuurd naar de gevangenis. Bovendien kunnen patiënten die in detentie verbleven, specifiek gedrag vertonen (zoals wantrouwen tegenover het personeel en het verzwijgen van klachten), dat het therapeutisch proces kan bemoeilijken en de kans op incidenten kan vergroten. Deze problemen waren mede de aanleiding voor de opstart van de schakelteams internering die proberen op casusniveau zorgtrajecten uit te werken voor geïnterneerden bij wie het uitwerken van een zorgtraject moeilijk verloopt (LAUWAERT, MATTHEEUWS & DE DEYGERE, 2014). Een ander pilootproject vanuit de MSA's zelf, het 'InReach' project, werd gestart om opnames vanuit de gevangenis te faciliteren en drop out te voorkomen (STASSEN, HABETS, MERTENS, DE LAENDER & JEANDARME, 2014). Een psychiatrisch verpleegkundige vormt in dit project de brugfunctie tussen het ziekenhuis en de gevangenis en werkt pretherapeutisch en motivationeel.

Een tweede interessante bevinding is dat meldingen van geweldsincidenten slechts zelden (4,3%,  $n = 2$ ) tot een nieuwe veroordeling/interneringsmaatregel leidden. Dit bleek ook uit recent onderzoek in de Nederlandse GGZ (HARTE, VAN LEEUWEN & THEUWS, 2013). Een mogelijke verklaring die de auteurs hiervoor geven, is het vervolgingsbeleid van het Openbaar Ministerie (OM). Zo kan het OM op grond van het opportuniteitsbeginsel beslissen een strafbaar feit niet te vervolgen, bijvoorbeeld wanneer het minder ernstige feiten betreft. Uit ons onderzoek bleek inderdaad dat het merendeel van de strafbare feiten, ook de gewelddadige feiten, als minder ernstig kunnen beschouwd worden. Daarnaast staan geïnterneerden al onder een beschermingsstatuut, waardoor mogelijk wordt geopteerd voor een reactie via het huidige interneringssysteem, zoals een vermaning of een wederopname in de gevangenis, in plaats van een vervolging. Op deze manier wordt een snel en flexibel justitieel ingrijpen mogelijk gemaakt.

## Geweldsdelicten hangen samen met een moeizaam behandelverloop

Wanneer de groep geïnterneerden die betrokken zijn bij geweldsdelicten van naderbij wordt bekeken, kunnen enkele relevante zaken vastgesteld worden. In vergelijking met de groep geïnterneerden die niet betrokken waren bij geweldsdelicten, kende de eerstgenoemde groep vaker een problematisch behandelverloop, gekenmerkt door moeilijkheden bij het nakomen van behandelafspraken en/of een vroegtijdige beëindiging van de behandeling. In eerder onderzoek bij psychiatrische patiënten werd reeds een verband vastgesteld tussen therapietrouw en het voorkomen van geweldsincidenten (MONAHAN *et al.*, 2001; O'FARRELL, MURPHY, STEPHAN, FALS-STEWART & MURPHY, 2004). Voor zover bekend, werden nog geen studies uitgevoerd bij forensisch psychiatrische populaties met een specifieke focus op het verband tussen therapietrouw en het voorkomen van geweld. In de Nederlandse studie van MUDDÉ *et al.* (2011) bleek wel dat het niet reageren op behandeling een verband aantoonde met agressief gedrag tijdens behandeling. Aangezien uit de resultaten bleek dat een gebrek aan compliance, een mogelijke voorspeller was van een vroegtijdig beëindigde behandeling en geassocieerd was met geweldsincidenten, valt het aan te bevelen om (nog) meer te investeren in het therapeutische klimaat en geïnterneerden beter voor te bereiden op behandeling. CORNAGGIA, BEGHI, PAVONE en BARALE (2011) benadrukten in dit verband het belang van een warm behandelklimaat, gekenmerkt door een gepast aantal getrainde verpleegkundigen en geen overbevolking.

Naast een problematisch behandelverloop, vertoonde alcoholgebruik tijdens de behandeling een verband met geweldsincidenten. Alcoholgebruik is in principe verboden tijdens MSA behandeling; zo nodig worden specifieke therapieën voor middelenmisbruik ingezet. Ook in de literatuur wordt alcoholgebruik in verband gebracht met geweld van psychiatrische patiënten tijdens opname, hoewel andere factoren, zoals het voorkomen van geweldsdelicten in het verleden, een gedwongen opname en bepaalde symptomen zoals impulsiviteit en bevelshallucinaties, belangrijker geacht worden in het voorspellen van agressie (CORNAGGIA *et al.*, 2011; STEINERT, 2002).

De vaststelling dat medium security geïnterneerden die betrokken waren bij geweldsincidenten vaker een klinisch gestructureerd oordeel 'hoog' op de HCR-20 hadden dan medium security geïnterneerden die niet betrokken waren bij geweldsincidenten blijft niet overeenind in het meervoudig regressiemodel. Het ontbreken van een verband moet echter genuanceerd worden omdat bij ongeveer vier op de tien geïnterneerden geen HCR-20-score beschikbaar was. Bovendien werd in de literatuur meermaals een verband gevonden tussen een hoge score op de HCR-20 en het voorkomen van geweldsincidenten (McDERMOTT *et al.*, 2008; MUDDÉ *et al.*, 2011).

Geweldsincidenten bleken in deze studie niet samen te hangen met een aantal eerder beschreven risicofactoren voor herval zoals geslacht, leeftijd, geboorteland, type indexdelict en de omvang van het strafrechtelijk verleden (WARTNA, EL HARBACHI, & VAN DER KNAAP, 2005). Een mogelijke verklaring is dat de meeste van deze risicofactoren herval *na* behandeling voorspellen, eerder dan *tijdens* behandeling (WANG & DIAMOND, 1999). Evenmin werd een verband gevonden met de aard van de psychopathologie. In navolging van recent onderzoek in Nederland was een diagnose middelenmisbruik/-afhankelijkheid niet geassocieerd met een verhoogd risico op geweldsincidenten (VAN DER KRAAN *et al.*, 2014).

Er werd geen verband teruggevonden tussen geweldsincidenten en een hoge PCL-R score. Ook hier dient het ontbreken van een verband genuanceerd te worden omdat bij ongeveer zes op de tien geïnterneerden geen PCL-R score werd bepaald. Sommige studies hebben wel een associatie gevonden tussen fysiek gewelddadige incidenten en een hoge psychopathiescore; andere studies geven aan dat dit verband niet eenduidig is (GUY *et al.*, 2005). In een studie bij Nederlandse tbs-gestelden was een hoge PCL-R score niet gerelateerd aan fysieke agressie



tijdens de opname, maar wel aan een moeizamer behandelverloop waarin meer incidenten en verbale agressie plaatsvonden (HILDEBRAND, DE RUITER, & NIJMAN, 2004).

#### 4.1. Beperkingen van het onderzoek

Aan deze studie zijn een aantal beperkingen verbonden waardoor voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie en bij veralgemening van de bevindingen.

Ten eerste werd uitgegaan van officieel geregistreerde incidenten die door de MSA's gemeld werden aan de justitie-assistent en/of de CBM. Het is dan ook onduidelijk of en hoe groot het *dark number* is. Er bestaat in België vooralsnog geen aangifteplicht van incidenten door forensisch psychiatrische voorzieningen. Toch is het zeer onwaarschijnlijk dat justitieassistenten of de CBM, gelet op hun controlefunctie, niet door de MSA's op de hoogte zouden gesteld worden van de meer ernstige incidenten. Evenmin hebben de verschillende MSA's een uniforme regeling omtrent de registratie van incidenten. Daarnaast is het onduidelijk of hulpverleners in de Vlaamse forensische GGZ tolerant staan tegenover grensoverschrijdend gedrag met een onderrapportage van voornamelijk verbale geweldsincidenten als gevolg (Gow *et al.*, 2010).

Ten tweede was geen controlegroep voorhanden zodat geen vergelijkingen konden worden gemaakt met patiënten in de algemene en/of de andere vormen van forensische GGZ. In Vlaanderen vonden slechts twee studies plaats rond incidenten binnen de forensische GGZ. Omwille van hun specifieke onderzoekspopulatie (geïnterneerden met een verstandelijke beperking en jongeren) en prospectief onderzoeksdesign is een vergelijking met dit onderzoek niet aan de orde (POULS & JEANDARME, 2013; TREMMERY, DE DECKER, DE HERT, DE VARÉ & DANCKAERTS, 2012). Hoewel getracht werd de bevindingen te relateren aan internationale studies bij medium security populaties, is ook hier de nodige omzichtigheid geboden wegens verschillen in methodologie (zoals een bredere operationalisering van het begrip 'incident' in de huidige studie) en in kenmerken van de onderzoekspopulaties.

Ten derde is het onderzoek retrospectief en werd gebruik gemaakt van bestaande dossiers. De kwaliteit van dossiers is niet steeds optimaal omdat deze vertekeningen kunnen bevatten en enkel die gegevens die daadwerkelijk werden geregistreerd kunnen gebruikt worden (LIEVENS, 2001). Tijdens de dataverzameling bleek dat bepaalde informatie niet systematisch beschikbaar was. Dit was met name het geval voor de risicotaxatie-instrumenten en IQ gegevens, die in de Vlaamse praktijk niet standaard worden afgenomen. Bovendien geeft een dossierstudie geen inzicht in de manier waarop incidenten ervaren worden door patiënten en hulpverleners en wat de invloed is van deze incidenten op de relatie patiënt-hulpverlener (CORNAGGIA *et al.*, 2011).

Ten vierde is waarschijnlijk sprake van een populatie *bias*. Geïnterneerden met een primaire seksuele, verslavings- of psychopathische problematiek kwamen immers in principe niet in aanmerking voor MSA opname. Dit kan misschien de lage prevalentie van seksuele delicten bij incidenten verklaren.

Tot slot werd ervoor gekozen om de data voor de drie instellingen samen te publiceren. Hierdoor kon de invloed van mogelijke verschillen in behandelvisie en -klimaat niet weergegeven worden.

## 5. CONCLUSIE

Met de opstart van de medium security afdelingen werd in Vlaanderen eindelijk werk gemaakt van een aanzet tot een forensisch psychiatrisch circuit. BOERS, VANDEVELDE, SOYEZ, DE SMET en TING TO (2011) schetsten een beeld van de aangeboden behandelingen, maar onderzoek naar medium

security geïnterneerden of hun behandelingsverloop was tot nog toe afwezig. De voorliggende studie onderzocht voor de eerste keer met welke incidenten deze afdelingen de eerste tien jaren van hun werking geconfronteerd werden. Bijzondere aandacht werd hierbij besteed aan geweldsincidenten omdat zij een voorziening in het bijzonder kunnen destabiliseren en zorgen voor een groot personeelsverloop.

Ondanks de beperkingen van het onderzoek kunnen enkele conclusies getrokken worden. In de eerste plaats bleek dat, ondanks de negatieve beeldvorming over forensisch psychiatrische patiënten (GRADILLAS *et al.*, 2007; LAMB *et al.*, 1999), bij bijna de helft (46.8%) van de patiënten tijdens een gemiddelde behandelperiode van 1.7 jaar geen enkel incident werd gemeld aan de CBM. Daarenboven betrof het merendeel van de gerapporteerde incidenten geen strafbare (62.6%) noch fysiek agressieve feiten. We kunnen dus stellen dat relatief veilig werken met deze groep patiënten mogelijk is.

Het risicomangement van de MSA's bleek afdoende om de grootste groep geïnterneerden, ondanks hun complexe problematiek, te behandelen. Voor de MSA teams is dit een bevestiging dat hun inspanningen lonen. Bij een subpopulatie werd de behandeling echter onderbroken en/of stopgezet en werden geïnterneerden terug gedetineerden. Deze 'drop out' geïnterneerden vormen een groep die in de toekomst nader moet onderzocht worden. De komst van het forensisch psychiatrisch centrum (FPC) in Gent zou in de toekomst voor deze geïnterneerden een oplossing kunnen bieden. Dit vraagt wel dat voorzien wordt in een wettelijke mogelijkheid tot wederopsluiting vanuit een MSA in een FPC in plaats van in een gevangenis. Dat hier niet voor gekozen werd, is ons inziens een gemiste kans. De medium security afdelingen zelf namen reeds initiatieven zoals het InReach project. Door meer te investeren in de therapeutische relatie en patiënten beter voor te bereiden op behandeling, hoopt men deze vastgelopen behandelingen te voorkomen.

Tot slot moet er blijvende aandacht uitgaan naar de hulpverleners en medepatiënten die de meeste kans lopen om slachtoffer van een incident te worden. Tot nog toe is er bijvoorbeeld geen beleid binnen de MSA rond aangifte of vervolging bij ernstige incidenten. Ook worden (gewelds)incidenten niet op een gestandaardiseerde manier geregistreerd, hoewel dit risico-inschattingen kan verbeteren en geweldsincidenten kan voorkomen (CORNAGGIA *et al.*, 2011).

## DANKWOORD

Wij willen de deelnemende afdelingen en in het bijzonder Claudia POULS danken voor de hulp bij de dataverzameling. Dank ook aan Dr. VAN MOL voor het aanleveren van de SIDIS-data en aan Henri HEIMANS, voorzitter van CBM Gent, voor alle praktische hulp evenals het kritisch nalezen van het artikel.

## Referenties

- ABIDIN, Z., DAVOREN, M., NAUGHTON, L., GIBBONS, O., NULTY, A. & KENNEDY, H.G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: Prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13(1), 197.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (Text Revision, 4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- BLATTNER, R. & DOLAN, M. (2009). Outcome of high security patients admitted to a medium secure unit: The Edenfield Centre study. *Medicine, Science, and the Law*, 49(4), 247-256.

- BOERS, A., VANDEVELDE, S., SOYEZ, V., DE SMET, S. & TING TO, W. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 2, 17-38.
- BRAND, E.F.J.M. (2005). *Onderzoeksrapport PIJ-dossier 2003-C. Predictieve validiteit van de FPI-lijst*. Den Haag: DJI.
- CARR, W.A., ROTTER, M., STEINBACHER, M., GREEN, D., DOLE, T., GARCIA-MANSILLA, A., ... 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. doi: 10.1177/0306624X06289176
- COOKE, D.J. & MICHIE, C. (1999). Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 58-68. doi: 10.1037/0021-843X.108.1.58
- CORNAGGIA, C.M., BEGHI, M., PAVONE, F. & BARALE, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10-20. doi: 10.1016/j.psychres.2010.12.024
- COSYNS, P., D'HONT, C., JANSSENS, D., MAES, E. & VERELLEN, R. (2007). Geïnterneerden in België. De cijfers. *Panopticon*, 1, 46-61.
- CREWE, B. (2011). Depth, weight, tightness: Revisiting the pains of imprisonment. *Punishment & Society*, 13(5), 509-529. doi: 10.1177/1462474511422172
- DE SMEDT, A., MARIËN, L. & VERMEIREN, R. (2008, september). *Profilering van de medium risk geïnterneerden in forensische psychiatrische settings*. Paper gepresenteerd op het Vierde Vlaams geestelijk gezondheidscongres Gent.
- GOW, R.L., CHOO, M., DARJEE, R., GOULD, S. & STEELE, J. (2010). A demographic study of the Orchard Clinic: Scotland's first medium secure unit. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(1), 139-155. doi: 10.1080/14789940903188956
- GRADILLAS, V., WILLIAMS, A., WALSH, E. & FAHY, T. (2007). Do forensic psychiatric inpatient units pose a risk to local communities? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(2), 261-265. doi: 10.1080/14789940701246360
- GUDJONSSON, G., RABE-HESKETH, S. & WILSON, C. (1999). Violent incidents on a medium secure unit over a 17-year period. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10(2), 249-263. doi: 10.1080/09585189908403679
- GUY, L.S., EDENS, J.F., ANTHONY, C. & DOUGLAS, K.S. (2005). Does Psychopathy Predict Institutional Misconduct Among Adults? A Meta-Analytic Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1056-1064. doi: 10.1037/0022-006X.73.6.1056
- HARE, R.D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2nd ed ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- HARTE, J.M., VAN LEEUWEN, M.E. & THEUWS, R. (2013). Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie: Aard, omvang en strafrechtelijke reactie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(5), 325-335.
- HILDEBRAND, M., DE RUITER, C. & NIJMAN, H. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 13-29. doi: 10.1177/0886260503259047
- HILLBRAND, M. (1995). Aggression against self and aggression against others in violent psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 668-671. doi: 10.1037/0022-006X.63.4.668
- KENNEDY, H.G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443. doi: 10.1192/apt.8.6.433
- LAMB, H.R., WEINBERGER, L.E. & GROSS, B.H. (1999). Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. *Psychiatric Services*, 50(7), 907-913.
- LAUWAERT, F., MATTHEUWS, K. & DE DEYGERE, M. (2014). Het schakelteam internering: Naar een completer en dynamisch zorglandschap voor geïnterneerden. *Panopticon*, 35(3), 237-241.

- LIEVENS, J. (2001). Werken met secundaire data. In J. BILLIET & H. WAEGE (Red.), *Een samenleving onderzocht: Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij, 343-363.
- McDERMOTT, B.E., EDENS, J.F., QUANBECK, C.D., BUSSE, D. & SCOTT, C.L. (2008). Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: Variable- and person-focused analyses. *Law and Human Behavior*, 32(4), 325-338. doi: 10.1007/s10979-007-9094-8
- MOENS, I. & PAUWELYN, L. (2012). *Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- MONAHAN, J., STEADMAN, H.J., SILVER, E., APPELBAUM, P., ROBBINS, P., MULVEY, E., ... BANKS, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- MUDDÉ, N., NUMAN, H., VAN DER HULST, W. & VAN DEN BOUT, J. (2011). Het voorspellen van agressie tijdens de behandeling van forensisch psychiatrische patienten aan de hand van de HCR-20. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(10), 705-713.
- O'FARRELL, T.J., MURPHY, C.M., STEPHAN, S.H., FALS-STEWART, W. & MURPHY, M. (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: The role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 202-217.
- POULS, C. & JEANDARME, I. (2013). Institutional aggression in intellectually disabled (ID) offenders - An analysis of 5 specialized forensic ID projects. In P. CALLAGHAN, H. BJØRNGAARD, H. NIJMAN, T. PALMSTIERNIA, R. ALMVIK & B. THOMAS (Red.) *Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Amsterdam: Kavanah, 408-411.
- SCHALOCK, R.L., BORTHWICK-DUFFY, S.A., BRADLEY, V.J., BUNTINX, W.H.E., COULTER, D.L., CRAIG, E.M., ... YEAGER, M.H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- SCHANDA, H., STOMPE, T. & ORTWEIN-SWOBODA, G. (2009). Dangerous or merely difficult? The new population of forensic mental hospitals. *European Psychiatry*, 24(6), 365-372. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.006
- STASSEN, W., HABETS, P., MERTENS, A., DE LAENDER, J. & JEANDARME, I. (2014). The InReach project: From penitentiary to forensic hospital. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities* 35(3), 119-126.
- STEINERT, T. (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (412), 133-141.
- TREMMERY, S., DE DECKER, A., DE HERT, M., DE VARÉ, J. & DANCKAERTS, M. (2012). Agressiebeleid op een forensische psychiatrische unit voor adolescenten; literatuuroverzicht en implementatie in de praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(9), 797-806.
- VAN DER KRAAN, J., VERKES, R.J., GOETHALS, K., VISSERS, A., BRAZIL, I. & BULTEN, E. (2014). Substance use disorders in forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 155-159. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.11.009
- VANDER LAENEN, F. & DE CAUWER, B. (2011). Just-care, justitie en zorg in dialoog over internering. *Panopticon*, 32(3), 55-59.
- VANDELDELDE, S., SOYEZ, V., VANDER BEKEN, T., DE SMET, S., BOERS, A. & BROEKAERT, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: The Belgian case. *The International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.11.011
- WANG, E.W. & DIAMOND, P.M. (1999). Empirically identifying factors related to violence risk in corrections. *Behavioral Sciences & the Law*, 17(3), 377-389.
- WARTNA, B.S.J., EL HARBACHI, S. & VAN DER KNAAP, L.M. (2005). *Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

- WARTNA, B.S.J. & TOLLENAAR, N. (2004). *Bekenden van Justitie. Een verkennend onderzoek naar de 'veelplegers' in de populatie van vervolgte daders*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- WEBSTER, C.D., DOUGLAS, K.S., EAVES, D. & HART, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Burnaby, BC: Simon Fraser University.
- WECHSLER, D. (2000). *WAIS-III Nederlandstalige bewerking. Afname en scoringshandleiding*. Lisse: Swets.
- ZHANG, J. & YU, K.F. (1998). What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 280(19), 1690-1691. doi: 10.1001/jama.280.19.1690