

de meest geschikte medewerker om je organisatieboodschap uit te dragen!

- Hou ook rekening met een aanzienlijke inzet van capaciteit! Overweeg de kosten en de baten.
- Training en opleiding
 - Indien je de juiste medewerkers hebt bepaald, zorg er dan voor dat ze met de tools overweg kunnen.

Beleid

In het beleidsplan moeten volgende onderwerpen een plaats krijgen:

- Individuele verantwoordelijkheid voor de inhoud die wordt gepubliceerd;
- Wie publiceert, moet kunnen worden geïdentificeerd;
- Gebruik disclaimers om de organisatieverantwoordelijkheid te duiden;
- Respecteer je publiek;
- Blijf bij de feiten;
- Gebruik copyright;
- Respecteer privacy.

Plan

Eens je de voorgaande stappen hebt doorlopen, maak je een planning op. Organiseer de aankoop van je middelen en plan je training. Bepaal wanneer je werkelijk online gaat.*

W. Bruggeman

RECHT EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Terwijl we wachten op de FPC's: De organisatie van de forensische geestelijke gezondheidszorg

Vooraf

Het Masterplan internering voorzag in 2006 in de oprichting van twee Forensische Psychiatrische Centra (FPC) in Vlaanderen voor de opvang van high-risk patiënten in Gent en high- en medium risk patiënten in Antwerpen. De deadline voor de

opening van deze centra werd sindsdien meer dan eens uitgesteld. In Augustus 2011 zou uiteindelijk gestart worden met de bouw van het FPC in Gent, de afwerking ervan was voorzien voor eind 2013 (in september werd de bouw alweer stilgelegd). Voor het FPC in Antwerpen is er nog geen stedenbouwkundige goedkeuring, net zo min als een datum voor de afwerking van dit centrum.

In 2011 beschreven Boers et al. in dit tijdschrift het huidige zorgaanbod voor geïnterneerden in België, met een specifieke focus op aanbevelingen voor de behandeling van geïnterneerden in een FPC. In deze bijdrage geven we een overzicht van het aanbod van verschillende types van voorzieningen binnen de reguliere en forensische geestelijke gezondheidszorg die in contact komen met psychiatrische patiënten die zijn doorverwezen vanuit justitie (de zorgequipes in de gevangenissen vallen buiten het bestek van deze bijdrage).

Achtereenvolgens komen in deze bijdrage bod: 1) het aanbod in de reguliere ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg voor gerechtscliënten met een psychiatrische problematiek; 2) het gespecialiseerde forensische ambulante en residentiële aanbod; 3) het aanbod voor gerechtscliënten met een drugprobleem.

1. Inleiding: Een breder wordend werkveld

De forensische geestelijke gezondheidszorg is een breed domein, het betreft met name de raakvlakken van de geestelijke gezondheidszorg met de strafrechtsbedeling (CASSELMAN, 2009). Mensen met een parafilie of druggebruikers overtreden uit de aard van hun gedrag een strafwet en kunnen omwille van deze overtreding in aanraking komen met politie en justitie. Ook mensen met een psychiatrische problematiek (psychose, persoonlijkheidsstoornis, ...) kunnen een strafwet overtreden en zo in aanraking komen met politie en justitie. De meest bekende groep van mensen met een psychiatrische problematiek binnen de strafrechtsbedeling zijn de geïnterneerden die, bij toepassing van de wet van 1964 tot bescherming van de maatschappij, geen straf maar een maatregel krijgen en onder toezicht komen van de Com-

* met dank aan: P. Muyschondt, H. Wanderstein, T. Hollevoet, E. Cobut, Chr. Olivier, D. Allaerts, D. Van Ryckegem, D. Van Aarschot, M. Alen, S. De Smedt, A. Anciaux, B. Caudron

missie tot Bescherming van de Maatschappij.¹ Daarnaast maken ook de slachtofferzorg in het algemeen en slachtoffertherapie in de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder deel uit van de forensische geestelijke gezondheidszorg (VANDER LAENEN, 2009).²

We hebben in België geen cijfers over het aantal mensen met een psychiatrische problematiek die in contact komen met politie en justitie; zeker is wel dat de geïnterneerden slechts een fractie vormen van de groep van patiënten met een psychiatrische problematiek en met een juridisch statuut. Voor wat betreft het aantal geïnterneerden, moeten we terugvallen op de verouderde cijfers van 2004. In Vlaanderen bleken op 15 september 2004, 1203 geïnterneerden vrij op proef die behandeld werden in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. 507 geïnterneerden waren niet vrij op proef en 505 hiervan waren opgesloten in een (psychiatrische annex van de) gevangenis (COSYNS et al., 2007). Steeds meer komen verschillende types van voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg in contact met psychiatrische patiënten die zijn doorverwezen vanuit justitie. Mensen met een psychiatrische problematiek en een juridisch statuut verblijven niet langer ofwel in gevangenis, ofwel in een psychiatrisch ziekenhuis, ze worden begeleid binnen diverse voorzieningen: projecten specifiek voor medium risk geïnterneerden, ambulante Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (verder CGG), leerprojecten voor daders van seksuele delicten, zorgteams in de gevangenissen, (VANDER LAENEN, 2009).

2. Gerechtscliënten met psychische problemen en de reguliere geestelijke gezondheidszorg

Alle voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg komen theoretisch in aanmerking voor de opvang van gerechtscliënten met psychische problemen. Wij denken hierbij enerzijds aan residentiële voorzieningen zoals psychiatrische

ziekenhuizen, verzorgingstehuizen, beschut wonen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en anderzijds aan ambulante voorzieningen zoals CGG.

In de praktijk is de *weerstand* om gerechtscliënten op te vangen in deze voorzieningen in het verleden steeds vrij groot geweest. En dit blijft in zekere mate nog steeds zo. Dit komt tot uiting bij het hanteren van zeer strenge voorwaarden of door systematische exclusie van dergelijke cliënten. De belangrijkste redenen hiertoe zijn: meervoudige stigmatisering, het legendarisch gebrek aan motivatie en problemen met het beroepsgeheim in de communicatie met de verschillende echelons van de rechtsbedeling. De voorzieningen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg die reeds sinds geruime tijd hierop een uitzondering maakten, waren wel bereid om een behandeling te bieden aan een aantal geïnterneerden, ex-gedetineerden, plegers van seksuele misdrijven en druggebruikers in contact met de rechtsbedeling. Dit gebeurde, tot voor kort, zonder extra vergoeding. Zodoende hebben deze voorzieningen een bijzondere deskundigheid opgebouwd. Maar door het gebrek aan echte gespecialiseerde voorziening voor forensische cliënten bleven gerechtscliënten met de meest complexe problemen en met een hoog veiligheidsrisico toch door de mazen van het net vallen.

Recent is er een zekere *evolutie in gunstige zin* waar te nemen. Een aantal ophefmakende incidenten, de toename van het aantal gerechtscliënten en regelmatige aanklachten door internationale instanties (onder meer over geïnterneerden),³ hebben hierbij een rol gespeeld. Algemeen ontstond, traag progressief, een toenemende bereidheid om binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg gerechtscliënten op te vangen. Daarnaast werden enkele residentiële voorzieningen gesubsidieerd en werden een aantal personeelsleden aan bepaalde CGG toegevoegd met de specifieke opdracht ex-gedetineerden en vrij op proef gestelde geïnterneerden op te vangen.

¹ Op 13 juli 2007 verscheen de vernieuwde interneringswet in het Belgisch Staatsblad. De uitvoering van deze wet werd in juli 2008 echter uitgesteld, waarschijnlijk tot februari 2012. Zolang blijft de wet van 1964 gelden.

² De zorg voor patiënten die gedwongen zijn opgenomen op basis van de wet van 26 juni 1990 valt buiten de strafrechtsbedeling.

³ Vooral de levensomstandigheden waarin personen met een psychiatrische problematiek in de gevangenissen dienden te verblijven, leverde ons land de terechte kritiek op van het Europees Comité ter Preventie van Foltering.

3. De gespecialiseerde ambulante forensische psychiatrische hulpverlening

De ambulante forensische psychiatrische hulpverlening binnen de CGG kende al van bij de oprichting van de CGG in 1975 een zeer moeilijke ontwikkeling. Aanvankelijk beperkte de hulpverlening zich tot enkele CGG in Vlaanderen (Antwerpen en Leuven) die een specifiek hulpverleningsaanbod hadden voor geïnterneerden in vrijheid op proef. Deze CGG werden destijds daarvoor bijkomend gesubsidieerd door het Ministerie van Justitie. Begin jaren '80 stopte deze subsidiering echter ten gevolge van de staatshervorming. Van dan af beperkte de ambulante forensische hulpverlening zich tot een zeer gering aantal forensische cliënten (ex-gedetineerden en geïnterneerden) die in een aantal CGG binnen hun reguliere algemene volwassenenzorg werden benaderd.

Het duurde tot einde van de jaren '90 vooraleer de ambulante forensische psychiatrische zorg binnen de CGG van overheidswege een erkenning kreeg. De aanleiding hiertoe vormde het tot stand gekomen samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van *daders van seksueel misbruik*. Dit samenwerkingsakkoord heeft als doel een globale, coherente en gecoördineerde aanpak van seksueel misbruik te realiseren, teneinde herhaling van het misbruik te voorkomen en daarnaast de (re)integratie van de dader in de maatschappij te bevorderen. In het kader van het samenwerkingsakkoord werden negen gespecialiseerde daderteams erkend binnen de CGG⁴ die in eerste instantie instaan voor de verplichte hulpverlening in het kader van een gerechtelijke maatregel aan daders van seksueel misbruik.

Daarnaast keurde de Vlaamse regering op 8 december 2000 het 'Strategisch plan voor hulp- en dienstverlening aan de gedetineerden' goed en op 19 juli 2002 het operationeel model voor de implementatie van het strategisch plan. Voor het

luik gezondheidszorg werd in het operationeel model de installatie van 'gespecialiseerde forensische teams' binnen de ambulante geestelijke gezondheid voorzien voor de penitentiaire en post-penitentiaire begeleiding en behandeling van (ex-)gedetineerden en voor de uitbouw van forensische netwerken met andere actoren. In 2008 werd een basisaanbod voorzien voor de CGG in het kader van het Strategisch Plan. Daartoe werden 16 voltijdse equivalenten toegevoegd aan de bestaande negen daderteams om in te staan voor de hulpverlening aan *(ex-)gedetineerden met ernstige psychische problemen*. Zij zorgen momenteel voor een aanbod van geestelijke gezondheidszorg in alle Vlaamse gevangenissen.

Bijkomende financiering voor andere forensisch-psychiatrische hulpverlening is eerder uitzonderlijk en wordt meestal ter beschikking gesteld via FOD justitie, de gemeenten of de provincies. Voor projecten inzake intrafamiliaal geweld, projecten in het kader van 'gerechtelijke alternatieve maatregelen' (verder GAM-projecten), en soms ook voor drughulpverleningsprojecten bestaat bijkomende, maar minimale financiering en ondersteuning in enkele CGG werkingsgebieden.

Algemeen kan gesteld worden dat de aparte gespecialiseerde forensische teams momenteel de zorg opnemen voor een vijftal forensisch-psychiatrische doelgroepen: seksuele delinquenten, gedetineerden (in het kader van het Strategisch plan), forensisch-psychiatrische drughulpverlening, daders van geweld- en vermogensdelicten (binnen de GAM-projecten) en daders van intrafamiliaal geweld. Deze teams beschikken echter over te weinig behandelcapaciteit, waardoor het overgrote deel van de forensisch-psychiatrische patiënten is aangewezen op de reguliere volwassenenzorg. Het optimaliseren en verder uitbouwen van de ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg is en blijft in Vlaanderen ongetwijfeld een belangrijke opdracht voor het beleid in de toekomst.

4. De gespecialiseerde residentiële forensisch psychiatrische hulpverlening

De behandeling van *geïnterneerden* was en is sinds vele jaren een zorgenkind van Justitie. Het ontbreken van gepaste opvang en het tekort aan gekwalificeerd personeel in de strafinrichtingen, maakten dat vele geïnterneerden in de gevangenis

⁴ Deze zijn: CGG Prisma Fides Ambulant Beernem, CGG VGGZ Hasselt, CGG Mandel en Leie/Cgg Largo / Fronta Kortrijk, CGG Eclips Deelwerking Forensische Eenheid Oost-Vlaanderen, CGG Vagga Forensische Team Antwerpen, CGG De Pont Mechelen, CGG Kempen, CGG Ahas-verus Centrum voor daderzorg Iter Brussel, CGG Vlaams-Brabant Oost /Leuven.

achterbleven, verstoken van de nodige behandeling. In 2001 werden de eerste stappen gezet naar een werkbare oplossing. In drie psychiatrische ziekenhuizen, U.P.C. Sint-Kamillus te Bierbeek, Sint-Jan Baptist te Zelzate en het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem, werden pilootprojecten gestart ter behandeling van zogenaamd *medium-risk geïnterneerden*. In totaal ontstond een capaciteit voor de behandeling van ongeveer 120 geïnterneerden.

In 2006 kondigde de overheid aan dat het zorgnetwerk voor geïnterneerden verder uitgebouwd werd. Ten eerste werd reeds in februari 2006 beslist om over te gaan tot de bouw van twee forensisch-psychiatrische centra in Gent en Antwerpen, met een totaal van ongeveer 370 plaatsen voor geïnterneerden met een hoog en gemiddeld veiligheidsrisico. Momenteel worden deze initiatieven uitgewerkt, hoewel de eerste steen van deze centra vooralsnog gelegd moet worden.

Er werd ook een opbouw voorzien van 180 permanente forensische plaatsen in een psychiatrisch verzorgingstehuis (zogenaamde PVT-bedden⁵) voor geïnterneerden, met een maximum van 60 bedden voor elk van de drie betrokken ziekenhuizen. Deze uitbreiding aan opvangplaatsen is gestart in 2007 en is gepland over enkele jaren. Deze formule voorziet in een module langdurige resocialisatie en een module langdurig verblijf. Vooral deze mogelijkheid tot langdurig verblijf blijkt noodzakelijk om een humane en respectvolle verzorging te bieden aan geïnterneerden waarvoor een terugkeer naar de samenleving niet meer of niet onmiddellijk aan de orde is.

Daarnaast was er ook de oprichting en subsidiëring van 80 plaatsen Beschut Wonen in Bierbeek, Zelzate, Rekem en Antwerpen (Hotel M.I.N.). Deze uitbreiding van plaatsen is momenteel in volle ontwikkeling.

Op dit moment zet men ook de eerste stappen in het starten van 'forensische outreachment teams'. Deze teams, die deel uitmaken van het forensisch zorgtraject in Bierbeek, Zelzate en Rekem, zullen begeleiding bieden aan forensische patiënten na de behandeling, vaak in de nieuwe verblijfsomgeving van de betrokkene. Er worden tenslotte

ook middelen voorzien voor crisisopvang in vijf bijkomende bedden van de bestaande entiteiten. Naast deze medium-risk initiatieven voor geïnterneerden wordt ook residentiële opvang voor *specifieke groepen van gerechtscliënten* georganiseerd. Het gaat hierbij om de settings voor seksuele delinquenten in ondermeer Beernem, Sint-Niklaas en Sint-Truiden. Daarnaast bestaan projecten voor daders met een *verstandelijke handicap* in enkele Psychiatrische Ziekenhuizen⁶ en gevangenis.⁷ Binnen de forensische werking van Sint-Jan Baptist Ziekenhuis in Zelzate is tevens plaats voorzien voor vrouwelijke geïnterneerden.

Dankzij al deze nieuwe maatregelen komt stilaan een forensisch zorgtraject tot stand waarbij de geïnterneerde opgevolgd, behandeld en begeleid wordt van het ontslag uit de gevangenis tot tijdens het re-integratieproces in de samenleving. De praktijk leert ons echter dat, ondanks het geleverde werk in deze recente initiatieven, de vraag naar zorg nog steeds veel groter is dan het aanbod van de hulpverlening.

5. Gerechtscliënten met een drugprobleem

Druggebruikers die worden doorverwezen door politie of justitie kunnen terecht komen in specifiek daarvoor voorziene GAM-projecten. Globaal genomen worden deze cliënten echter begeleid of behandeld in de voorzieningen die werken met vrijwillige cliënten met een drugprobleem. Cliënten werden in het verleden vaak behandeld in een voorziening die zich specifiek richt op mensen met een (illegaal) drugprobleem, meer concreet in ambulante dagcentra en laagdrempelige medisch sociale opvangcentra en residentiële crisisinterventiecentra, kortdurende therapeutische programma's en therapeutische gemeenschappen. De oorzaak hiervan was dat de traditionele geestelijke gezondheidszorg, net als voor andere groepen gerechtscliënten, weigerachtig stond tegenover het behandelen van deze groep. Sinds het begin van de jaren '90 worden toch steeds meer cliënten behandeld in de reguliere geestelijke gezondheidszorg, en met name de ambulante CGG, de algemene

⁵ Psychiatrisch Verzorgingstehuis, een psychiatrisch equivalent van een rusthuis.

⁶ Beernem (Itinera), Zoersel (Amanis), Sint-Truiden (Limes).

⁷ Onder meer in Merksplas ('De Haven' in samenwerking met 't Zwart Goor) en Gent (Obra).

psychiatrische ziekenhuizen, daghospitalisatie en beschut wonen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ). Deze evolutie is ontstaan onder druk van een toenemend aantal patiënten met een meervoudige problematiek, waarbij zowel alcohol als illegale drugproblemen en andere psychiatrische stoornissen samen gaan (DOM & VANSRINGEL, 2007).

De doelstellingen van de hulpverlening aan druggebruikers zijn erg divers en kunnen gaan van een drugvrije behandeling, over een ontweningsbehandeling, substitutiebehandeling, harm reduction, tot re-integratie en nazorg. Gezien de meervoudige en complexe problematiek van problematische druggebruikers wordt steeds vaker een geïntegreerde behandeling uitgewerkt waarbij de zorgvraag van de cliënt (en niet het aanbod) centraal moet staan (een oplossing hiervoor is de ontwikkeling van zorgcircuits; VANDERPLASSCHEN, 2007).

Binnen de hulpverlening aan druggebruikers gaat steeds meer aandacht naar de verschillende leefgebieden van cliënten, waardoor niet enkel gewerkt wordt aan het druggebruik op zich, maar ook aan sociale uitsluiting huisvesting, tewerkstelling en opleiding, geestelijke en lichamelijke gezondheid, ... Hierdoor wordt steeds meer samengewerkt tussen de klassieke drughulpverlening, het welzijnswerk (CAW, OCWM, ...), de gezondheidszorg (huisartsen, apothekers, ...) en basisvoorzieningen (sociale huisvesting, sociale werkplaatsen, VDAB, ...).

De doorverwijzingen vanuit justitie naar de drughulpverlening blijken niet altijd vlot te verlopen. Dit kan ondermeer verklaard worden door de verschillende verwachtingen van 'succes' die bestaan bij justitie en de drughulpverlening, een gebrekkige opvolging van de voorwaarden door de justitiehuizen omwille van een gebrek aan mensen en middelen, het opleggen van niet-geïndividualiseerde voorwaarden vanuit justitie, onduidelijke afspraken over taak- en rolverdeling, spanningen rond het beroepsgeheim en feedback en tenslotte een gebrek aan opvangmogelijkheden binnen de drughulpverlening (VAN CAUWENBERGHE, 2007; DE RUYVER et al., 2009). Een belangrijk gevolg van de toegenomen doorverwijzing vanuit justitie naar de drughulpverlening is immers het capaciteitsprobleem in die drughulpverlening.

6. Besluit: uitdagingen voor de toekomst

Het aantal gerechtscliënten van allerlei aard neemt de laatste tijd toe hoewel weinig exacte gegevens bestaan over de echte behoefte aan residentiële en ambulante noden op dit vlak.

Het ziet ernaar uit dat het appel dat vanuit justitie wordt gedaan op de geestelijke gezondheidszorg, bij de zorg van patiënten met een psychiatrische problematiek en met een juridisch statuut, de komende jaren verder zal toenemen. Binnen de geestelijke gezondheidszorg en de drughulpverlening zal de capaciteit verder onder druk komen te staan wanneer de doorverwijzingen vanuit justitie blijvend zullen toenemen. Bovendien is vooral in de gevangnissen nog steeds al te weinig sprake van een uitgebouwd hulpverleningsaanbod voor de gedetineerden, zowel wat betreft de geestelijke gezondheidszorg als wat betreft de drugproblematiek, en dit zowel tijdens als na de detentie (VANDER LAENEN & POLFLIET, 2010).

De toenemende complexiteit van de problematiek van cliënten binnen de geestelijke gezondheidszorg en het zorgaanbod, dat nog te vaak aanbodgestuurd en gefragmenteerd wordt aangeboden, noodzaakt de ontwikkeling van vernieuwende methodieken zoals case management, netwerkingontwikkeling en de uitbouw van zorgcircuits (VANDERPLASSCHEN, 2007).

De vorming van een forensisch circuit is een positieve evolutie, maar waakzaamheid is geboden opdat doorstroming naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg gegarandeerd blijft. De vrees bestaat immers dat gerechtscliënten de overstap naar de reguliere zorg en in het bijzonder de ambulante zorg, niet zullen kunnen maken. Een snelle verzaadiging van gespecialiseerde forensische hulpverlening lijkt dan het gevolg van deze tendens te worden (VERMEIREN, 2010). Op het niveau van de Provinciaal Overlegplatformen voor geestelijke gezondheidszorg zou het geheel van voorzieningen de globale verantwoordelijkheid moeten opnemen om de gerechtscliënten met psychische problemen in netwerken van gespecialiseerde forensische en reguliere voorzieningen-, residentiële en ambulante voorzieningen op te vangen.

Er bestaat tenslotte een grote nood aan een bijkomende vorming voor het ambulante en residentiële personeel van de reguliere geestelijke gezondheidszorg om meer gerechtscliënten op

te vangen in een vroegtijdig stadium of voor gerechtscliënten die doorverwezen worden na een periode van gespecialiseerde behandeling (VANDER LAENEN & DE CAUWER, 2011). De reguliere geestelijke gezondheidszorg is trouwens vragende partij voor meer ondersteuning vanuit de gespecialiseerde forensische voorzieningen.

7. Bibliografie

BOERS, A., VANDEVELDE, S., SOYEZ, V., DE SMET, S. & TING TO, W. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 2, 17-38.

CASSELMAN, J. (2009). Dertig jaar forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Over een trein die stilstond en recent in beweging kwam. In BRUGGEMAN, W., DE WREE, E., GOETHALS, J., PONSAERS, P., VAN CALSTER, P., VANDER BEKEN, T. & VERMEULEN, G. (eds.), *Van pionier naar onmisbaar, Over 30 jaar Panopticon* (pp. 334-355). Antwerpen: Maklu.

COSYNS, P., D'HONT, C., JANSSENS, D., MAES, E. & VERELLEN, R., (2007). Geïnterneerden in België, de cijfers. *Panopticon*, 1, 46-61.

DE RUYVER, B., LEMAITRE, A., SCHOENAERS, F., VANDER LAENEN, F., PONSAERS, P. & PAUWELS, L. (2009). *Onderzoek naar essentiële en bijkomende randvoorwaarden voor interactie justitie en drughulpverlening*. Gent: Academia Press.

DOM, G. & VANSRINGEL, W. (2007). Algemene psychiatrische ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg. In CASSELMAN, J. en KINABLE, H. (eds.), *Het gebruik van illegale drugs, Multidimensioneel bekeken* (pp. 219-231). Heule: UGA.

VAN CAUWENBERGHE, K. (2007). Politie, parket en rechtbanken. In CASSELMAN, J. en KINABLE, H. (eds.), *Het gebruik van illegale drugs, Multidimensioneel bekeken* (pp. 265-279). Heule: UGA.

VANDER LAENEN, F. (2009). De toekomst van de forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, voorzichtig hoopvol, maar 'semper vigilans'. In BRUGGEMAN, W., DE WREE, E., GOETHALS, J., PONSAERS, P., VAN CALSTER, P., VANDER BEKEN, T. & VERMEULEN, G. (eds.), *Van pionier naar onmisbaar, Over 30 jaar Panopticon* (pp. 356-369). Maklu: Antwerpen.

VANDER LAENEN, F. & POLFLIJT, K. (2010). Het forensisch welzijnswerk in Vlaanderen, een stand van zaken. *Welzijnsgids – Welzijnzorg, Beleid*, 75, losbl., 113-131.

VANDER LAENEN, F. & DE CAUWER, B. (2011). Just-care, justitie en zorg in dialoog over internering. *Panopticon*, 3, 55-59.

VANDERPLASSCHEN, W. (2007). Uitbouw van zorgcircuits en netwerkvorming in de verslavingszorg. In CASSELMAN, J. en KINABLE, H. (eds.), *Het gebruik van illegale drugs, Multidimensioneel bekeken* (pp. 233-248). Heule: UGA.

VERMEIREN, R. (2010). Recht en Geestelijke Gezondheidszorg, Jubileumcongres Panopticon. *Panopticon*, 1, 61-64.

Freya Vander Laenen*, Joris Casselman**,
Jan Klerkx***, Raf Vermeiren****

INTERNATIONAAL EN EUROPEES STRAFRECHT

De grootste misdadigers eindelijk op de beklagdenbank

Verslag van drie lezingen in verband met internationaal strafrecht aan de Universiteit Gent, Balie van Antwerpen en Vrije Universiteit Brussel

Het internationaal strafrecht staat de laatste tijd volop in de belangstelling. Of het nogal mediatieke conflict in Libië en de unanieme verwijzing van de brute leider kolonel Moammar Kadhaffi naar het ICC daar voor iets tussen zitten, laten we in het midden. Maar hoe het ook zij: *international criminal law is hot*. Daarvan getuigen onder meer drie recente lezingen gegeven in drie verschillende Belgische hoofdsteden op een tijdspanne van amper elf dagen. Deze bijdrage brengt een kritisch verslag van deze drie lezingen die eind maart 2011 werden georganiseerd door respectievelijk de Belgisch-Luxemburgse Unie voor Strafrecht (Gent, 17 maart 2011), 'de Conferentie' aan de Balie van Antwerpen (Antwerpen, 25 maart 2011) en de Vakgroep Criminologische Wetenschappen aan de VUB (Brussel, 28 maart 2011).

* Docent Vakgroep Strafrecht en Criminologie, IRCP, UGent
 ** Prof. Em. KuLeuven
 *** Stafmedewerker VAGGA, Vereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen
 **** Afdelingshoofd Forensische Psychiatrie, U.P.C. Sint-Kamillus, Bierbeek