

actief te participeren aan de reactie op het delict, ten volle wordt gerealiseerd.

Het belang van goede informatieverstrekking als opstap om het recht op een kwaliteitsvolle bemiddeling te kunnen realiseren, is recentelijk ook op internationale fora benadrukt. De Europese richtlijn omtrent slachtoffers van misdrijven van 2012¹ bevat de verplichting om slachtoffers vanaf hun eerste contact met een bevoegde autoriteit informatie te verschaffen over beschikbare herstelrechtvoorzieningen (art. 4.1.). Ook in het recent afgesloten project van het *European Forum for Restorative Justice* rond toegankelijkheid van herstelrechtelijke processen, krijgt informatieverstrekking veel aandacht².

Op het Belgische herstelbemiddelingswerkveld is de omzendbrief positief onthaald, hoewel er veel vragen rijzen bij de praktische implementatie ervan. De magistratuur is nu aan zet om deze implementatie te starten. De omzendbrief valt in de tijd samen met de installatie

van de provinciale parketten. Dat is een kans, aangezien deze organisatorische wijziging de ontwikkeling van nieuw parketbeleid impliceert. Het risico bestaat echter ook dat de implementatie van de omzendbrief vertraging oploopt precies door de grotere organisatorische omwentelingen. Hoe de implementatie zal opgevolgd en geëvalueerd worden is niet geheel duidelijk. Het is te hopen dat het college van procureurs-generaal hieromtrent concrete initiatieven neemt en deze duidelijk communiceert. De omzendbrief roept enkel op om 'elke moeilijkheid bij de toepassing ervan ter kennis te brengen aan de territoriaal bevoegde procureur-generaal met het oog op evaluatie'. Ook het reeds vermelde structurele overleg tussen de verbindingsmagistraat herstelbemiddeling en de bemiddelingsdiensten zou in het implementatie- en evaluatieproces een cruciale rol moeten kunnen spelen.

Het blijft dus uitkijken of België zijn voorttrekkersrol in het uitbouwen van een algemeen beschikbare bemiddelingspraktijk in alle fasen van de strafrechtspleging nu ook zal doortrekken op het vlak van de informatieverstrekking. Naast de nog steeds niet opgerichte deontologische commissie blijft een efficiënte informatieverstrekking immers dé ontbrekende schakel in het Belgische herstelbemiddelingslandschap.

¹ Richtlijn 2012/29/EU van het Europees Parlement en de Raad van 25 oktober 2012 tot vaststelling van minimumnormen voor de rechten, de ondersteuning en de bescherming van slachtoffers van strafbare feiten, en ter vervanging van Kaderbesluit 2001/220/JBZ.
² Zie LAXMINARAYAN, M. (2014). *Accessibility and Initiation of Restorative Justice* (forthcoming).

RECHT EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG / LAW AND MENTAL HEALTH

Villa Voortman, een ontmoetingsplaats in de stad

DIRK BRYSSINCK^a

^a Villa Voortman (Corresp.: dirk_bryssinck@yahoo.com).

*'Ever tried. Ever failed. No matter.
Try again. Fail again, Fail better!'*

Beckett, 1983

1. Probleemstelling

Steeds meer psychiatrische klinieken verliezen hun laagdrempeligheid waardoor heel wat mensen met psychische problemen die hier vroeger asiel zochten, er vandaag steeds moeilijker toegang vinden of er zelfs geen kans meer krijgen. 'Uitgetherapeutiseerd' wordt dat dan

genoemd of opgegeven 'omdat ze niet coöperatief zijn'. Soms hebben ze het zelf opgegeven of weigeren ze onze hulp net omwille van hun psychiatrische problematiek. Hierbij vergeten wij helaas dat net deze uitsluiting kan leiden tot het 'moeilijke' gedrag dat wordt aangegrepen als reden tot uitsluiting. Toch zit ook de hulpverlening zelf soms tussen hamer en aambeeld. Door steeds hogere criteria van kwaliteit en eisen van effectiviteit in de zorgsector moet ook zij scoren en dreigen steeds meer mensen uit de boot te vallen. Vandaag moet alles meetbaar en kwantificeerbaar zijn en worden snelle kortdurende gemedicaliseerde behandelingen als lucratiever beschouwd dan recidiverende problematieken die langdurige zorg vereisen.

Toch zijn er ook mogelijkheden. Met ons project, Villa Voortman, een ontmoetingshuis in de stad Gent, sluiten we nauw aan bij de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, gekend als 'Artikel 107'. Onder vermaatschappelijking of inclusie verstaan we de extramuralisering van zorg in de minst restrictieve setting (of het afbouwen van residentiële bedden ten voordele van projecten in de samenleving). Naast het economisch motief van besparingen heeft dit ook een humane zijde: uitgangspunt daarbij is dat mensen met ernstige psychiatrische problemen niet moeten worden 'weggestopt' in instellingen en gevangenen maar recht hebben op een volwaardige deelname aan het maatschappelijke leven.

2. Doelgroep of onze bezoekers

We beperken ons tot het aanduiden van een aantal gemeenschappelijke kenmerken, dit zonder afbreuk te willen doen aan de onherleidbare uniciteit van die mensen. Meestal gaat het om mensen met ernstige psychische problemen die ook verslaafd zijn aan allerlei legale of illegale drugs. Wij richten ons voornamelijk op de combinatie verslaving – psychose als meest kwetsbare groep die dikwijls van het kastje naar de muur gestuurd wordt. Centra voor verslavingszorg hebben vaak geen aanbod voor mensen met een psychotische problematiek. En in de afdelingen voor psychosen zijn zij evenmin welkom omwille van het recidiverend gebruik. De prognose van deze mensen was en is dan ook nog steeds erg somber: na herhaalde mislukte opnames, geen plaats vindend waar ze geaccepteerd worden, riskeren ze het passieve of actieve slachtoffer te worden van geweldadige akten, eindigen ze vaak in de gevangenis of overlijden ze door suïcide.

In de literatuur worden zij gelabeld als MICA (Mentally Ill Chemically Abusing) of onder de generaliserende term 'dubbeldiagnose' (SAHMSA, 2002). Dubbeldiagnose is een artificieel concept, een artefact ontstaan door het eenzijdige en strakke classificatiesysteem van de DSM die het onmogelijk maakt een patiënt onder één enkele diagnose te plaatsen. Het leidt tot een verschraling van de werkelijkheid en tot een inkrimping van het sociale perspectief. Wij zien

het druggebruik als een 'zelfmedicamenteus' systeem om angst, pijn en psychisch lijden te onderdrukken. Ten tweede blijkt nog ander, heel belangrijk aspect werkzaam: de toxicomanie werkt niet alleen stabiliserend door een *reël* effect op het lichaam, er is ook vaak een *imaginair* effect aanwijsbaar. De identificatie met het 'toxicomaan zijn' lijkt draaglijker dan 'psychotisch zijn'. Zichzelf 'toxicomaan' noemen kan aldus een ultieme poging inhouden om zich in de wereld te verankeren, om toch één of andere vorm van aansluiting te vinden, of te behouden, die hun positie leefbaar maakt (BRYSSINCK, 2003).

Verder hebben deze mensen ernstige problemen op verschillende levensgebieden: een tekort aan sociale zelfredzaamheid, werkloosheid, slechte woonomgeving of dakloosheid, justitiële problemen (velen staan onder het statuut van de internering), stigmatisering, gebrek aan financiën (vaak onder bewindvoering of budgetbeheer om de schulden te kunnen beheersen) en een slechte lichamelijke verzorging. Een destructieve spiraal maakt dat snel overlast optreedt voor de omgeving en zij een gevaar kunnen vormen voor zichzelf en anderen. Maar zelfs indien dit niet het geval is, dreigt isolatie, vereenzaming en verwaarlozing. Zij hebben doorgaans geen of een minimaal netwerk van familie en vrienden. Deze mensen hebben het moeilijk om hun leven te regelen en krijgen van de hulpverlening niet altijd de steun die ze daarbij nodig hebben of die aansluit op hun behoeften. Cliënt en hulpverlener begrijpen elkaar vaak niet en ervaren beiden gevoelens van onmacht of wantrouwen. Daardoor vinden cliënten steeds moeilijker toegang tot de hulpverlening of ze krijgen er zelfs geen kans meer toe. De acute nood waarin deze mensen verkeren wordt als chronisch omschreven daar het veelal over meer dan een kortdurende crisissituatie gaat. Deze gemeenschappelijke kenmerken maken dat deze mensen als 'moeilijk', maar ook als 'lastig' en 'zorgwekkend' worden bestempeld.

3. Noodzaak tot een laagdrempelig dagcentrum binnen een netwerk

Gezien het feit dat de residentiële opvang voor deze mensen steeds verder afgebouwd wordt en ze in de psychiatrie ook steeds minder welkom zijn, is de noodzaak voor een laagdrempelige opvang onder de vorm van een ontmoetingsplaats zeer opportuun. De expliciete keuze om met en voor deze groep mensen te werken maakt dat een groot deel van deze mensen zich aan de werking kunnen 'verankeren'. Villa Voortman is een warme omgeving waarin bezoekers tijd en ruimte krijgen om een band op te bouwen met het huis en de mensen die erin vertoeven. We zien nieuwe en betekenisvolle vormen van zingeving ontstaan, die maakt dat bezoekers in hun natuurlijke omgeving kunnen blijven functioneren en aldus residentiële opnames vermeden worden. Concrete resultaten zijn de verbeterde levensomstandigheden van de bezoekers, een sterker zelfwaardegevoel en een breder sociaal netwerk.

Wanneer zich toch een opname opdringt, is het alternatief een kort verblijf op een crisis- of ontweningsafdeling waarna wij de zorg terug overnemen en alle opgebouwde netwerken bewaard blijven. Alzo kan ons ontmoetingshuis een sterke brugfunctie zijn tussen het 'zelfstandig' functioneren en de residentiële hulpverlening.

Belangrijk is het besef dat behandeling bij een aanzienlijk deel van onze doelgroep een *permanente karakter* heeft en dat de opvang van deze mensen soms een facet is van het parcours die deze mensen doorlopen. Daarom dienen we gebruik te maken van verschillende behandelvoorzieningen. Officieel heet dit het uitbouwen en verbreden van een *zorgcircuit* of *netwerkontwikkeling* (VANDERPLASSCHEN *et al.*, 2001). Er is dan ook een nauwe samenwerking met de klinieken, het OCMW, CAW, Straathoekwerk en AZIS, CGGZ, WGC en MSOC evenals de Mobiele equipes of ACT-teams. Het oprichten van een dergelijke ontmoetingsplaats binnen het al bestaande netwerk is dus erg zinvol.

4. Leidende Principes van ons ontmoetingscentrum

4.1. Gastvrijheid en ethiek

Het vertrekpunt van Villa Voortman is de *erkenning* van de uitsluiting van deze mensen uit elke vorm van samenleving: eerst uit de maatschappij als geheel, en vervolgens uit allerlei instellingen of afdelingen. Villa Voortman wil hen een ankerpunt bieden in hun voortschrijdende vlucht en uitsluiting. We stellen dat het 'bizarre' of 'asociale' gedrag evenals het druggebruik antwoorden zijn op deze exclusie. Als we deze symptomen niet zien als antwoorden van het subject, lopen we het risico hen opnieuw te 'laten vallen': voor velen een constante herhaling in hun leven. Telkens we dit vergeten en terugvallen op de veronderstelling dat patiënten gemotiveerd moeten zijn, ziekte-inzicht of een 'vraag' hebben, verplichten we hen immers tot aanpassing aan een therapeutisch ideaal dat zeer deprimerend werkt voor henzelf maar ook voor de hulpverleners. Concreet vertaalt dit uitgangspunt zich in *onze* aanpassing aan de patiënt, en bijgevolg dienen wij steeds te vertrekken vanuit de vraag: 'wie zijn zij' in plaats van 'wie zijn wij'; of cliëntgericht werken in plaats van aanbodgericht.

In essentie gaat het om het organiseren van een gastvrijheid (KAL, 2001). Er wordt plaats gemaakt voor mensen die anders zijn. Een vrijplaats. Het gaat om het kunnen ontvangen, een ontmoeting mogelijk te maken. Het gaat dus niet om iets actiefs tot stand te brengen, eerder om een soort alert afwachten wat er gebeurt, ervoor open staan. Het gaat om een ruimte waar de tegenstelling tussen gekte en normaliteit gerelativeerd kan worden, waar ze overbrugbaar is, zonder dat die spanning verdwijnt. Het is een schuiloord en tezelfdertijd een overstapplaats, een passage, een plek van ontmoeting.

4.2. Empowerment en actief burgerschap

Naast gastvrijheid is 'empowerment' een belangrijk concept voor sociale inclusie (VAN REGENMORTEL, 2009). Empowerment gaat over het versterken en verbinden van personen en organisaties in de samenleving. Empowerment of eigen kracht gaat hand in hand met een

gedeelde verantwoordelijkheid. Het is dus een concept waarmee de uitersten van paternalistische bemoeienis door professionals enerzijds en naïef geloof in zelfzorg anderzijds kunnen vermeden worden. Door de relationele invulling van empowerment bij autonomie wordt de mythe van onafhankelijkheid doorbroken. Het is net dankzij sociale verbanden dat men sterker kan worden!

De centrale betrachting van sociale inclusie is volwaardig of 'actief' burgerschap (VAN REGEN-MORTEL, 2009). De kortste weg om het verschijnsel psychiatrische patiënt af te schaffen, is het opheffen van het psychiatrisch ziekenhuis. Maar het is niet door verandering van omgeving dat psychiatrische patiënten plots aangepaste burgers worden waarbij het overigens de vraag is of we dat wel willen. Het gaat niet om 'het anders zijn' te ontkennen maar om het maatschappelijk isolement op te heffen. Pas als de maatschappelijke context een plaats krijgt in de hulpverlening, wordt de psychiatrische patiënt ook als burger serieus genomen. We zien hen dan ook in de eerste plaats als burgers met rechten en verantwoordelijkheden in plaats van als zieken met een defect en noemen hen dan ook 'bezoekers' van ons centrum in plaats van patiënten of cliënten. Het deficitmodel moet verlaten worden ten voordele van een model waarin participatie en empowerment centraal staan. Dit is zeer belangrijk daar velen van hen zich gefixeerd hebben in hun ziektebeeld of gestigmatiseerd zijn door hun langdurig verblijven in de psychiatrie. Vermaatschappelijking is bijgevolg een opdracht voor de samenleving als geheel en niet enkel voor de individuele persoon met psychische moeilijkheden. Vermaatschappelijking betekent zowel zorg *in* als zorg *door* de samenleving. Als niet langer de ommuurde institutie centraal staat, maar ook het maatschappelijk leven van de zorgvrager, dan moet de samenleving daarvoor ook kansen bieden.

4.3. Open overlegstructuur en dialoog

Psychiatrie is in hoge mate een 'hightech-wetenschap' geworden. De groeiende biomedische kennis, de toenemende specialisering en ontwikkelingen in medicamenteuze behandelingen brachten echter weinig soelaas

inzake de *omgang* met psychotische mensen. Binnen het medisch model wordt de subjectieve betekenisgeving en de beleving van deze mensen genegeerd. Ondanks haar schijnbare neutraliteit is de psychiatrie een subsysteem van de dominante cultuur en een normatief discours dat normaliteit definieert en daarmee in- en uitsluiting bepaalt. Het bio-, psychosociale model als populair integratieconcept, biedt geen alternatief omdat het biomedisch denken de sociale en psychische componenten onderdrukt. De focus op de ziekte ontnemt ons de kans om tot een ontmoeting te komen, verhindert ons de blik te richten op het levensverhaal en verhoogt het risico dat mensen gereduceerd worden tot hun diagnose en getransformeerd worden van mens tot ziekte. De invloed van de omgeving en van maatschappelijke processen wordt hierdoor ook nauwelijks zichtbaar.

Tegenover deze desubjectiverende benadering stellen wij de psychodynamische aanpak die het accent legt op het dynamisch karakter van de menselijke ervaring en op de dialoog. Om dit mogelijk te maken dient een gastvrije omgeving gecreëerd te worden zonder verplichting of dwang. Dit is zeer belangrijk daar onze bezoekers vanuit hun psychotische moeilijkheden de medemens soms als extreem bedreigend ervaren of verwachtingen horen als bevelen (onder vorm van auditieve hallucinaties) of als macht. Om deze mensen tegemoet te komen, moeten wij dus een autoritaire, repressieve benadering vermijden en dienen wij de vastgelopen communicatie met de ander terug in beweging te krijgen via een overlegstructuur waarin we deze kans krijgen: met andere woorden, een transparante, horizontale organisatie waarin gelijkwaardigheid, participatie en overleg centraal staan. Zo zien wij ook vele van onze bewoners aanvankelijk wantrouwig en schoorvoetend binnenkomen om zich langzamerhand te engageren in een atelier of bij de dagelijkse werking. Een gevolg van aanhoudend contact is dat het geïsoleerde, trieste wezen met een diagnostisch etiket steeds meer een mens wordt met een verhaal.

5. Praktische uitwerking

5.1. Een netwerk van referenten

De meeste kansen om tot ontmoeting te komen, is het sociaaltherapeutisch model of de democratische therapeutische gemeenschap waar de hiërarchische gezagspiramide werd afgevlakt en vervangen door een horizontale werking om maximale communicatie te stimuleren (BRYSSINCK, BROEKAERT & VANDEVELDE, 2005). Aldus werd de afzonderlijke positie van psychiater of psycholoog vervangen door een complex van 'referenten' of persoonlijke begeleiders die vanuit een geduldig opgebouwde vertrouwensrelatie overdracht mogelijk maken als noodzakelijke voorwaarde om een betekenisvol parcours te kunnen afleggen. In het werken met mensen met psychotische moeilijkheden is dit trouwens onontbeerlijk. De overdracht met deze mensen houdt namelijk het risico in om een genietende en achtervolgende Ander te worden. De hulpverlener, als 'medestander' registreert en begeleidt in plaats van als 'wetende' te ontcijferen en te interpreteren. Hier is de vrijheid van het subject in de keuze van een 'getuige' essentieel. Niemand in de instelling hoort zich in een uitzonderlijke positie te plaatsen als iemand met wie de bezoeker moet praten. In Villa Voortman vertaalt zich dit naar een gelijkwaardigheid onder de vaste begeleiding, stagiairs, vrijwilligers en bezoekers. Dat iemand een overdracht ontwikkelt ten aanzien van iemand is essentieel; of dat nu ten aanzien van de poetsvrouw, psycholoog, student of vrijwilliger is, maakt niet veel uit. Wij zijn allen 'partners' in het werk dat de bezoeker verricht. Dit principe van *gelijkwaardigheid met respect voor het verschil* vermijdt interne verdeeldheid of het ontstaan van rivaliteit door de artificiële opsplitsing tussen zij die mogen duiden (psychotherapie) en zij die enkel de grenzen moeten bewaken (sociotherapie). Omdat iedereen hetzelfde werk verricht, verkleint het risico dat men tegen elkaar wordt uitgespeeld of ondergraven.

5.2. Harmreductie

Villa Voortmans motto luidt: '*minimale structuur, maximale verantwoordelijkheid*'. Er zijn slechts twee essentiële regels, spontaan ontwikkeld door

de bezoekers zelf: niet geïntoxiceerd aanwezig zijn en geen gebruik van geweld, noch verbaal noch fysiek. Wat mensen doen na een bezoek aan het dagcentrum is 'hun zaak'. Dit toont aan dat de klemtoon er niet ligt op abstinentie maar eerder op harmreductie. Niet elke bezoeker is gemotiveerd drugsvrij door het leven te gaan en omstandigheden kunnen het bovendien bijzonder moeilijk maken om dat te bereiken. Dan moet eerst op andere zaken gefocust worden eer het subject in de mogelijkheid zou kunnen zijn om te beslissen dat hij of zij het gebruik wil afbouwen. Men mag het subject niet belasten met een therapeutisch doel van abstinentie, waar overigens een sterke normaliserende maatschappelijke of persoonlijke moraal aan ten grondslag ligt. Ten tweede is een pure focus op abstinentie zonder stil te staan bij de functie van het gebruik kortzichtig. Het is van groot belang *cas par cas* de functie van de toxicomanie na te gaan. De belangrijkste vraag is dan ook: 'Wie of wat tracht iemand met zijn gebruik te bereiken of af te wenden en op welke punten faalt dit of lukt dit?' Mogelijk betreft het een defensie, een manier om de psychose op afstand te houden. Ten slotte betekent de beperking van het gebruik door de omkadering van tijd en ruimte voor velen al een grote stap. Ze kunnen hun dag doorbrengen op een warme plek, tussen andere mensen met de mogelijkheid tot een hele reeks activiteiten in plaats van zich terug te trekken en de hele dag door te gebruiken. Een geïntegreerde benadering verschilt juist van de traditionele verslavingsbehandeling daar zij abstinentie als een lange termijn doelstelling ziet omdat patiënten met psychotische stoornissen meer herval hebben en moeilijker te engageren zijn voor een behandeling.

In een niet-repressieve omgeving waar openlijk gesproken kan worden, kunnen gebruikers meer verantwoorde keuzes maken. Vanuit een permissieve omgeving en een tolerante houding wordt regelovertrekend gedrag bespreekbaar gemaakt en gezocht naar de onderliggende oorzaken. Dit betekent absoluut geen 'laissez-faire, laissez-passer' houding. Deze onduidelijkheid heeft te maken met een verwarring tussen wet en regels (HENNAUX, 2002). Regels regelen het samenleven of de afstand tussen mensen.

Regels zijn niet voor eeuwig vastgelegd maar aan verandering onderhevig en kunnen flexibel toegepast worden. Aan de wet valt daarentegen niet te tornen en daarover moet de instelling ondubbelzinnig stelling nemen: ook zij volgt de wet, de wet stopt niet aan de ingangspoort. Wanneer dit duidelijk is, kan men echter nog altijd twee wegen uit. Men kan zich blindstaren op het middelengebruik, en dit proberen uit te roeien 'in Naam der Wet'. Op deze manier wordt het team zelf de wet, wat onvermijdelijk leidt tot een hernieuwde uitsluiting. Want voortdurend controleren impliceert sanctioneren en voortdurend sanctioneren resulteert na verloop van tijd in uitsluiting. En het is net deze uitsluiting, die we pogen te doorbreken. We vinden het veel nuttiger om bezoekers niet voortdurend te herinneren aan de wet, maar wel te wijzen op de noodzakelijke samenlevingsregels en rechten. Met een dergelijke aanpak leggen we het accent meer op de *anchoring* in ons centrum – als noodzakelijk te verwerven sociale band – dan op het onderliggende gebruik. Het gebruik wordt hierdoor niet genegeerd maar op een impliciete manier efficiënt aangepakt waardoor het bespreekbaar wordt. Duidingen gebeuren bijgevolg meestal in functie van het samenleven in groep en zijn minder bedreigend dan naar de kern van het psychotische subject die in zijn wezen of identiteit soms volledig samenvalt met dit gebruik. Bijgevolg doen wij ook geen urinecontroles omdat dit door onze bewoners dikwijls ervaren wordt als bedreigende politiepraktijken die niet zelden de paranoia provoceren. Dit blijkt bijzonder belangrijk bij de behandeling van mensen met een interneringsstatuut: zo creëren wij een afgrenzing met justitie in plaats van er het verlengstuk van te zijn. Het is juist één van de meeste essentiële zaken in onze werking het subject zijn of haar verantwoordelijkheid terug te geven ondanks zijn of haar moeilijke justitiële statuten. Meestal zijn het in eerste instantie de bezoekers zelf die elkaar aanspreken op het overtreden van een regel vanuit een loyaliteit naar het huis en de veiligheid die ze er verkrijgen. Binnen onze visie is ook iedereen verantwoordelijk voor het functioneren van ons huis en zien wij bijgevolg ook zelden een 'wij' versus 'zij' dualiteit.

Wanneer iemand een regel overtreedt, wordt altijd de dialoog aangegaan. De zeldzame zware overtreding die de veiligheid van de werking en van de bezoekers van het dagcentrum in gevaar brengt, wordt gevolgd door een time-out of tijdelijk ontslag. Dit is het geval wanneer de krijtlijnen overschreden worden: dealen, gebruik in het huis en geweld. In deze gevallen mag men gedurende een bepaalde periode niet meer langskomen in het huis, maar dit mag geen excuus zijn tot een totale exclusie. Er wordt de bezoeker van meet af aan duidelijk gemaakt dat de time-out na een bepaalde, afgebakende periode opgeheven wordt waarna men terug welkom is. Intussen wordt geregeld telefonisch contact gehouden om te horen hoe het met de bezoeker gaat.

Besluit

Vermaatschappelijking omvat twee complementaire bewegingen, namelijk 'push' en 'pull'. Voor de geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat ze mensen met langdurige psychiatrische problematiek niet alleen beschouwt als psychiatrische patiënten, maar ook als burgers. Dit leidde tot de de-institutionalisering of de 'push' uit de reguliere voorzieningen. Voor veel psychiatrische patiënten heeft deze vermaatschappelijking van de gezondheidszorg geleid tot betere leefomstandigheden. Onze doelgroep kan echter geen gebruik maken van het scala aan voorzieningen dat is ontstaan, omwille van hun psychotische moeilijkheden. Zij vallen tussen wal en schip.

De onmenselijkheid van het gesticht dreigt vervangen te worden door verwaarlozing in de open samenleving. Een 'empowerende' samenleving dient dan ook 'pull' of trekkracht te ontwikkelen voor deze mensen. Sociale uitsluiting is de (on) gewilde verwijdering uit de samenleving. Het is aan de samenleving om de terugweg mogelijk te maken. Afzien van zorg door zich te beroepen op de keuzevrijheid of de meritocratie is een handig argument voor de 'vermarkting' van de zorg volgens de neoliberale logica van het eigenbelang (ACHTERHUIS, 2010). Een medemens in nood aan zijn lot overlaten is vanuit juridisch standpunt 'schuldig verzuim' en vanuit humaan standpunt een grove onrechtvaardigheid. Voor ons betekent

vermaatschappelijking niet meer en niet minder dan het bieden van een kans op leven in onze samenleving voor zij die 'anders' zijn.

Met de uitbouw van ons ontmoetingscentrum Villa Voortman trachten wij het lot van deze mensen te veranderen, de nood te lenigen en te streven naar een goede, veilige samenleving voor iedereen; een samenleving die niet gebaseerd is op macht, onderdrukking en uitsluiting maar op inclusie, samenwerking en verantwoordelijkheid.

Zorg op maat impliceert dat de geboden zorg zo veel mogelijk aansluit bij de particuliere behoeften en noden. Dit betekent dat zorg niet aanbodgericht en instellingsafhankelijk is, maar vraaggericht. De zorg dient de mens te volgen, en niet andersom. Vraaggerichte zorg impliceert een gezamenlijke inspanning van beide kanten waardoor we kunnen stellen dat het finaal niet de vraag maar de dialoog is die de zorg moet sturen. Dialoog die uiteindelijk leidt tot de terugkeer van de eigen stem, het terugwinnen van de eigen geschiedenis en het herstel van de eigen, unieke identiteit ...

Referenties

ACHTERHUIS, H. (2010). *De utopie van de vrije markt*. Rotterdam: Lemniscaat.

BECKETT, S. (1983). *Worstward Ho*.

BRYSSINCK, D. (2003). Psychose en toxicomanie. In C. JANZING (ed.), *Handboek voor Milieutherapie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 156-179.

BRYSSINCK, D., BROEKAERT, E. & VANDEVELDE, S. (2005). Psychosis and newly emerging dependency groups. The search for an adapted model of care at the Psychiatric Centres Sleidinge in Belgium. *Therapeutic Communities. The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26(2), 150-162.

BRYSSINCK, D. (2013). Beroepszorg tussen ethiek en pragmatiek. In C. VAN KERCKHOVE, C. DE KOCK & E. VENS (eds.), *Ethiek en zorg in de hulpverlening*. Gent: Academia Press, 71-89.

HENNAUX, P. (2002). Loi, règles et normes, Le cadre et ses aménagements. *Revue de l'Ecole belge de Psychothérapie analytique*, 7(2).

KAL, D. (2001). *Kwartiermaken*. Amsterdam: Boom.

SAMHSA (2002). *Report to congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.

VANDERPLASSCHEN W., MOSTIEN B., CLAEYS P., RAES V. & VAN BOUCHAUTE J. (2001). *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelennismisbruik*. (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12). Gent: Universiteit Gent.

VAN REGENMORTEL, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention*, 18(4), 22-42.

INTERNATIONAAL EN EUROPEES STRAFRECHT EN MENSENRECHTEN / INTERNATIONAL AND EUROPEAN CRIMINAL LAW, AND HUMAN RIGHTS LAW (1)

CIA-detentie van terroristen op Europese Black Sites

LIGEIA QUACKELBEEN^a

^a Assistent, Institute for International Research on Criminal Policy, Vakgroep Criminologie, Strafrecht & Sociaal Recht, Universiteit Gent (Corresp.: Ligeia.Quackelbeen@UGent.be).

Op 24 juli 2014 werd Polen tot twee maal toe veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) wegens zijn betrokkenheid in de CIA-detentie van twee terroristische verdachten op Pools grondgebied. In de arresten

Al Nashiri v. Polen en *Husayn (Abu Zubaydah) v. Polen* oordeelde het Hof dat Poolse autoriteiten medeplichtig waren aan de door de VS georganiseerde detentie van de verdachten, in de mate dat ze kennis hadden van de CIA-operaties. Bovendien faciliteerde Polen de CIA door ze een Poolse luchthaven en militaire basis te laten gebruiken met het oog op de geheime detentie en overbrenging van terroristische verdachten. Alhoewel het Hof reeds voordien in de *El Masri v. Macedonië* een lidstaat verantwoordelijk stelde wegens betrokkenheid in deze CIA praktijken, zijn de arresten gevelend tegen Polen baanbrekend in die zin dat het Hof ditmaal te kampen