

Crisis(preventie)plannen bij mensen met een psychische kwetsbaarheid: het cliënt-perspectief centraal

FREYA VANDER LAENEN^a & VINCENT VANDENBUSSCHE^b

^a Hoofddocent, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Universiteit Gent (Corresp.: Freya.VanderLaenen@UGent.be).

^b Coördinator, PopovGGZ vzw, Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen.

1. ACHTERGROND: GEDWONGEN OPNAMES VOORKOMEN

In de criminologie, het beleid en de media wordt heel wat aandacht besteed aan de problematiek van internering. Op 31 december 2013 werden 3.820 geïnterneerde personen geteld in België; een aantal dat tussen 1995 en 2013 gestegen is met 67,9% (DHEEDENE, SEYNNAEVE & VAN DER AUWERA, 2015).

Deze – overigens terechte – aandacht mag echter niet doen vergeten dat jaarlijks heel wat meer mensen gedwongen worden opgenomen, op basis van de Wet van 26 juli 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (hierna Wet gedwongen opname).¹ Om te kunnen overgaan tot een gedwongen opname van een meerderjarige door de vrederechter, moet aan drie voorwaarden worden voldaan (art. 2 Wet gedwongen opname). Het moet ten eerste gaan om een ‘geesteszieke’ persoon, die – ten tweede – in een crisissituatie zijn eigen gezondheid of veiligheid ernstig in gevaar brengt of een ernstige bedreiging vormt voor de integriteit van een andere persoon. Ten derde mag er geen andere geschikte (lees vrijwillige) behandeling mogelijk zijn.

Elk jaar worden in België zo meer dan 4.000 personen gedwongen opgenomen in een psychiatrische voorziening. Het meest recente jaarverslag van de zorginspectie leert dat in 2013 in Vlaanderen alleen al 4.747 personen gedwongen waren opgenomen, goed voor ruim 10% van het totale aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen (DEPARTEMENT WVG, 2014). Daarenboven steeg tussen 1999 en 2008 het aantal gedwongen opnames van volwassenen in België met 42 % (HENCKENS *et al.*, 2015). Ten slotte blijkt dat in 85% van de gedwongen opnames de zogenaamde spoedprocedure wordt toegepast (SCHOEVAERTS, BRUFFAERTS & VANDENBERGHE, 2014). Via de spoedprocedure kan in enkele uren worden overgegaan tot de start van een gedwongen opname (BALHAZAR, 2015).

De bezorgdheid over deze cijfers en over een aantal individuele zaken rond gedwongen opname die de media haalden (vb. Brenda FROYEN en Jonathan JACOB), hebben er mee toe geleid dat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in een advies bepleit om zowel de duur als het aantal gedwongen opnames zoveel als mogelijk te beperken (NRZV, 2015).

In deze context – steeds meer gedwongen opnames en crisissituaties naar aanleiding van een psychische kwetsbaarheid – komen ook steeds meer mensen met een psychiatrische problematiek in contact met het strafrechtelijk systeem, al dan niet naar aanleiding van een gedwongen opname.² Politieagenten spelen hierbij een cruciale rol: zij zijn vaak bij

¹ Wet van 26 juli 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, B.S. 27 juli 1990.

² Een factor die – weliswaar onbedoeld en moeilijk te objectiveren – vermoedelijk een rol speelt in deze tendens, is de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Deze vermaatschappelijking houdt in dat de klassieke residentiële geestelijke gezondheidszorg (de zogenaamde bedden) wordt afgebouwd en een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg (meer ambulante en mobiele zorg) wordt uitgebouwd. Hierdoor verblijven mensen met een (complexe) psychiatrische problematiek minder vaak en minder lang in een psychiatrisch ziekenhuis. Voor heel wat patiënten draagt dit natuurlijk bij aan een betere zorg op maat en een betere kwaliteit van leven. De andere kant van deze medaille is dat mensen die

de eersten die in dergelijke crisissituaties in contact komen met de persoon met een psychische kwetsbaarheid. Ook de Procureur des Konings speelt een belangrijke rol, met name bij de spoedprocedure gedwongen opname. Hij/zij kan in een spoedprocedure de beslissing nemen om over te gaan tot een gedwongen opname. Deze beslissing moet binnen de 10 dagen bevestigd worden door een vrederechter. Het is dan ook geen toeval dat het juni-nummer van het tijdschrift *Orde van de Dag* in 2016 gewijd is aan de problematiek van het politioeneel en justitieel omgaan met mensen met een psychiatrische problematiek.

Een psychische crisis en/of een gedwongen opname zijn zeer ingrijpende gebeurtenissen voor de mensen die het ondergaan en voor hun directe omgeving. De crisis of gedwongen opname kan een traumatiserend effect hebben op de persoon en diens omgeving (LIGHT *et al.*, 2014; RIDLEY & HUNTER, 2013; NRZV, 2015). Bovendien blijft een gedwongen opname niet zonder negatieve gevolgen voor de therapeutische relatie tussen patiënt en betrokken hulpverlener en kan het ook leiden tot negatieve therapeutische uitkomsten (LAY *et al.*, 2012). Mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en hun directe omgeving geven dan ook aan meer zeggenschap over de interventies en meer controle over de situatie te willen, voor, tijdens en/of na een acute psychische crisis en/of gedwongen opname (NICAISE, LORANT & DUBOIS, 2012; THORNICROFT *et al.*, 2013).

Bovenstaande bespreking maakt alvast duidelijk dat in de aanpak van crisissituaties van mensen met een psychische kwetsbaarheid maximaal ingezet moet worden op de minst ingrijpende interventie en dus op het zoveel mogelijk voorkomen van niet noodzakelijke gedwongen opnames. Wanneer zich een crisis voordoet, is het bovendien zaak de autonomie van de persoon maximaal te versterken en maximaal rekening te houden met de wensen van de persoon en zijn/haar context betreffende hoe hij/zij bij een crisis wil opgevangen worden en hoe een escalatie van de crisis kan voorkomen worden (VEYS, 2008). Daartoe wordt in verschillende landen gebruik gemaakt van zogenaamde wilsverklaringen, waarin de persoon met een psychische kwetsbaarheid zijn/haar voorkeur uitdrukt voor bepaalde aspecten van de crisisinterventie en -behandeling voor het geval hij/zij zich in de toekomst in een crisissituatie bevindt waarbij zijn/haar vermogen om zelf beslissing te nemen is beperkt. De concrete vorm van deze wilsverklaringen verschilt en hangt onder meer af van de (juridische) context, van de (al dan niet) actieve betrokkenheid van zorgverstrekkers en van derden (zoals advocaten of familie) (NICAISE, LORANT & DUBOIS, 2012; RUCHEWSKA-WINIUS, 2015).

In wat volgt wordt ingegaan op de inhoud en de waarde van crisisplannen en crisiskaarten als vorm van wilsverklaring.³ We bespreken ook de toepassing van de crisisplannen en crisiskaarten.

2. CRISISPLAN EN -KAART VOOR MENSEN MET EEN PSYCHISCHE KWETSBAARHEID

Een crisis(signaliserings)plan of noodpreventieplan is een plan dat informatie bevat waarmee de patiënt, al dan niet in overleg met de zorgverstrekker, aangeeft wat hij/zij wil dat er moet gebeuren op het moment dat er sprake is van een (dreigende) crisis en wilsonbekwaamheid.

Een centrale doelstelling is het vergroten van de kans dat andere mensen de individuele signalen zullen kunnen herkennen van een persoon die het risico loopt in een crisis terecht

vroeger lange tijd waren opgenomen in een residentiële voorziening, nu vaker in de samenleving blijven. Een crisis doet zich dan ook vaker in de samenleving voor (VANDER LAENEN, 2015).

³ Dit staat los van de bepalingen rond de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger op basis van art. 14 Wet patiëntenrechten (WET VAN 22 AUGUSTUS 2002 BETREFFENDE DE RECHTEN VAN DE PATIËNT, B.S. 26 september 2002) en van de door de vrederechter aangeduide vertegenwoordiger (de bewindvoerder) op basis van de Wet van 17 maart 2013 tot hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en tot instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid, B.S. 14 juni 2013.

te komen (RUCHLEWSKA-WINIUS, 2015). In een crisis(signaliserings)plan worden onder meer de persoonsgegevens opgenomen, de personen die mogen gecontacteerd worden wanneer iemand in crisis is (evenals personen die niet mogen gecontacteerd worden), belangrijke medische gegevens (onder meer rond medicatiegebruik), de manier waarop een psychische crisis tot uiting komt, het psychiatrisch ziekenhuis waar de persoon bij voorkeur wil worden opgenomen en de contactgegevens van de huisarts (SUTHERBY *et al.*, 1999).

Een crisiskaart is de samenvatting van en een verwijzing naar het crisisplan. Het is een document dat in een portefeuille past en de persoon bij zich kan dragen. Op de kaart staat informatie over hoe een crisis er bij de betreffende persoon uit ziet en wat er moet gebeuren als een (psychische) crisis optreedt. Het is een leidraad voor de directe omgeving, voor omstanders en voor zorgverstrekkers (<http://www.crisiskaartggz.nl>). Niet onbelangrijk is dat het bovendien een leidraad voor politiemensen kan zijn, wanneer zij in contact komen met mensen met een psychische kwetsbaarheid in crisis.

Het crisisplan en de crisiskaart worden opgemaakt wanneer de persoon niet in crisis is. Bij het opstellen ervan staat de wil van de persoon met een psychische kwetsbaarheid centraal. Het is de bedoeling dat in het geval van crisis – op een moment dat de betrokken persoon niet in staat is aan te geven wat er aan de hand is en wat hij/zij wenst dat er gebeurt – toch zoveel als mogelijk wordt rekening gehouden met de wil van de persoon. Dit heeft daarenboven de bedoeling de persoon een gevoel van veiligheid te geven over de waarschijnlijkheid dat in een crisissituatie gebeurt wat hij/zij wil en alvast wordt nagelaten wat hij/zij echt niet wil. Het opstellen ervan werkt idealiter ook emanciperend en preventief, omdat het de persoon en de zorgverstrekker stimuleert om na te denken over wat (al dan niet) moet gebeuren in een crisissituatie (NICAISE, LORANT & DUBOIS, 2012; <http://www.crisiskaartggz.nl>).

3. DE EFFECTEN VAN CRISISPLANNEN EN CRISISKAARTEN

Uit buitenlands onderzoek blijkt dat patiënten het gebruik van crisisplannen en -kaarten positief evalueren, in het bijzonder omdat hun standpunt wordt gerespecteerd (THORNICROFT *et al.*, 2013). Uit ervaringsonderzoek bij patiënten met crisiskaarten blijkt in het bijzonder dat de patiënten merken dat de therapeutische relatie verbetert. Wanneer patiënten constateren dat sprake is van een echte dialoog met de zorgverstrekker en dat zij de controle hebben over het overleg, voelen zij zich gerespecteerd en hebben ze er vertrouwen in dat hulpverleners ook in de toekomst in hun belang zullen optreden (FARRELLY *et al.*, 2015).

Uit een gerandomiseerde studie in Nederland rond de effecten van het crisisplan op het aantal crisiscontacten en het aantal (gedwongen) opnames, blijft dat het gebruik van crisisplannen niet leidt tot een daling van het aantal crisiscontacten en het aantal vrijwillige opnames, maar wel leidt tot een daling van het aantal gedwongen opnames (RUCHLEWSKA-WINIUS, 2015). Ook een gerandomiseerde studie in het Verenigd Koninkrijk vond een daling in het aantal gedwongen opnames na het gebruik van crisisplannen (SUTHERBY *et al.*, 1999). De gerandomiseerde studie van THORNICROFT en collega's (2013) rond het effect van crisisplannen vond echter geen effect op het aantal gedwongen opnames. Een verklaring die zij geven voor dit gebrek aan effect is dat de crisisplannen in de praktijk onvoldoende worden gebruikt en dat onvoldoende rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de patiënt. Vooral bij heel wat psychiaters blijkt weerstand te bestaan tegen het werken met crisisplannen, onder meer omdat hun autonomie wordt beperkt en omwille van een bezorgdheid rond hun aansprakelijkheid als zorgverstrekker (NICAISE, LORANT & DUBOIS, 2012).

Alle studies komen evenwel tot de slotsom dat het maken en vooral het systematisch gebruiken van crisisplannen bijkomende inspanningen en engagement van de hulpverleners en van de geestelijke gezondheidszorg als sector vereist.

4. CRISISPLANNEN EN KAARTEN IN DE PRAKTIJK

In Engeland en Wales bestaan crisisplannen al sinds het begin van de jaren '90. In Nederland werd het eerste project met de crisiskaart opgestart in 1998. Sindsdien is het gebruik ervan algemeen verspreid in Nederland. Sinds eind 2014 is de crisiskaart bovendien als effectieve interventie erkend door de 'Erkenningscommissie good practices langdurige ggz' en sinds december 2015 wordt de kwaliteit ervan beoordeeld door de Stichting Crisiskaart® Nederland (www.crisiskaartggz.nl).

Vandaag worden ook in Vlaanderen crisisplannen en crisiskaarten gebruikt binnen een aantal mobiele teams en andere ambulante of residentiële settings in de geestelijke gezondheidszorg.⁴ Dit is onder andere (zonder exhaustief te zijn) het geval in Limburg, Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen.

In Limburg werken bijvoorbeeld de mobiele 2A en 2B-teams van de netwerken Reling en Noolim met crisisplannen. In Vlaams-Brabant hebben we weet van gelijkaardige praktijken binnen het Netwerk Leuven-Tervuren, de crisiskaart van VDIP (Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische Stoornissen) Halle-Vilvoorde en het goed-gevoel-plan van de Herstelacademie. In Oost-Vlaanderen wordt binnen het netwerk Het PAKT met crisiskaarten gewerkt door de mobiele 2A en 2B-teams en door de initiatieven Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie. Deze korte opsomming kan ongetwijfeld aangevuld worden met een rist andere voorbeelden.

Toch doen zich in Vlaanderen (in sommige regio's) nog een aantal knelpunten voor. Crisiskaarten worden bijvoorbeeld vaak slechts in beperkte mate gebruikt; ze worden pas aangemaakt na een crisis; er wordt niet of onvoldoende gewerkt met een vaste of opgelegde format van crisisplan of -kaart. Van een gestructureerde en uniforme inhoud en toepassing van crisisplannen en crisiskaarten is tot nog toe, zoals dat in Nederland wel het geval is, geen sprake in Vlaanderen.

Ook is er nog winst te boeken op het vlak van de modaliteiten om de informatie van een crisisplan op een selectieve, gestructureerde en gefaseerde manier ter beschikking te stellen van de verschillende betrokken partijen in het geval van een crisis. Zo heeft een politiemann die in contact komt met een persoon in een acute psychische crisis andere informatie nodig dan een psychiater in een crisissetting die een eerste beoordeling van de situatie moet maken. Een crisiskaart die de persoon in kwestie altijd op zak heeft biedt mogelijkheden, maar vermoedelijk is er nog veel meer winst te boeken op het vlak van elektronische gegevensdeling.

Het is dan ook noodzakelijk om het werken met crisisplannen en -kaarten in Vlaanderen op een meer systematische en structurele manier uit te bouwen. Het zou een goede praktijk zijn dat hulpverleners in dialoog met elke patiënt (en eventueel zijn/haar omgeving) die hiertoe bereid is een crisisplan opmaken, voordat sprake is van een crisis (NICAISE, LORANT & DUBOIS, 2012). Zo kan de patiënt (en zijn omgeving) op het moment dat hij/zij gezond en wilsbekwaam is, aangeven op welke manier hij/zij wil bejegend worden in het geval van een crisis en/of feitelijke wilsonbekwaamheid.

⁴ Mobiele teams zijn behandelteams die psychiatrische zorg aanbieden in de thuisomgeving. Dat zijn ten eerste teams die zich richten naar personen in een subacute of acute crisistoestand (de zogenaamde 2A-teams). Ten tweede zijn er ook teams die zich richten naar personen met chronische psychiatrische problemen (2B-teams). Deze teams werden opgericht in het kader van de proefprojecten art. 107 in de GGZ (www.Psy107.be, s.d.).

5. CRISISPLANNEN EN KAARTEN: OOK POLITIE EN JUSTITIE BETROKKEN

De nood om in crisissituaties meer en beter op maat – vanuit een emancipatorisch perspectief en een empowerende visie – ondersteuning te krijgen, wordt niet alleen door de cliënten en hun sociaal netwerk ervaren. Uit onderzoek in Nederland blijkt dat zowel de doelgroep als de professionals de meerwaarde van de crisiskaart inzien en positief staan tegenover de invoering van de crisiskaart. Hierbij wordt ook door politie de nood gevoeld aan informatie over hoe gehandeld kan worden in een crisissituatie, omdat dit hen toelaat sneller te handelen en ervoor te zorgen dat personen in crisis op de juiste plaats terecht komen (CHANDENIAUTAR, BOONSTRA & KRONEMEIJER, 2013).

In het gerechtelijk arrondissement Gent bijvoorbeeld wordt sinds het najaar van 2014 via een samenwerkingsakkoord tussen de verschillende betrokken zorgactoren uit de geestelijke gezondheidszorg, de politiediensten en de gerechtelijke autoriteiten geprobeerd om niet noodzakelijke gedwongen opnames te voorkomen, door in te zetten op de minst ingrijpende zorg bij crisissituaties (via getrapte zorg) en door het uitwisselen van noodzakelijke informatie (SAMENWERKINGSAKKOORD GENT, 2014).

Het streven naar betere zorgtrajecten voor personen met een ernstige psychische kwetsbaarheid wordt ook gedeeld in de overleggroep Gedwongen Opname Volwassenen Oost-Vlaanderen. De overtuiging leeft bij alle betrokken partners dat een goede uitwerking en toepassing van een crisisplan de regie meer bij de persoon en diens omgeving kan leggen. Het kan de communicatie tussen alle betrokken actoren optimaliseren waardoor het proces naar, van en uit een acute crisis of gedwongen opname spoedprocedure accurater kan aanpak worden.

In Oost-Vlaanderen werd daarom binnen het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg PopovGGZ in het voorjaar van 2015 een projectvoorstel uitgewerkt voor het systematisch werken met een crisiskaart, in functie van het voorkomen van een gedwongen opname. Het is binnen dit project expliciet de bedoeling het werken met de crisiskaart mee te nemen in de samenwerking met politie en justitie. Tot op vandaag werden echter nog geen financiële mogelijkheden gevonden bij de bevoegde overheden om dit project te financieren.

6. AFSLUITENDE BEDENKINGEN

Op het niveau van de individuele persoon met een psychische kwetsbaarheid en zijn directe omgeving, is er in Vlaanderen – ondanks reeds heel wat goede praktijken in het veld – nog winst te boeken op het vlak van autonomie en zelfbeschikking in tijden van acute psychische crisis. Crisisplannen en -kaarten kunnen hiertoe bijdragen. De manier waarop hierrond in Nederland wordt gewerkt kan de nodige inspiratie bieden om dit op een systematische en gestructureerde manier te doen zodat met alle personen met een psychische kwetsbaarheid in Vlaanderen op dezelfde kwaliteitsvolle manier wordt samengewerkt.

Het is duidelijk dat deze crisisplannen en -kaarten een meerwaarde kunnen betekenen voor de bejegening van mensen met een psychische kwetsbaarheid die zich in een crisis bevinden. Het geeft de patiënt meer regie over de manier waarop hij/zij bejegend wordt tijdens een crisis. Bovendien kan via een crisiskaart een effectieve en schriftelijke geïnformeerde toestemming door de patiënt gerealiseerd worden (zoals bepaald in art. 7 § 1-4 Wet patiëntenrechten).

Wanneer politie en justitie mee worden genomen in de samenwerking rond de crisiskaart is het essentieel dat dit enkel kan met de bijzondere zorg voor het beroepsgeheim van de zorgverstrekkers en mits de uitdrukkelijke, schriftelijke, geïnformeerde toestemming van de patiënt (VANDER LAENEN & STAS, 2015). Het maximaal respecteren van de autonomie

van een (potentiële) patiënt moet hierbij het uitgangspunt vormen, ook voor patiënten in crisis en voor wilsonbekwame personen.

Uit onderzoek rond de toepassing van crisisplannen en – kaarten blijkt dat deze werkwijze slechts succesvol kan zijn als de zorgverstrekkers bereid zijn zich actief te engageren voor deze aanpak (THORNICROFT *et al.*, 2013). Het respect voor de autonomie van de patiënt vraagt een andere relatie tussen de professional en de persoon met een zorgbehoefte en zijn omgeving. In een recent advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG, 2015) wordt een zorg- en ondersteuningsrelatie bepleit die gebaseerd is op gelijkwaardigheid en overleg. Het noodzaakt ook andere competenties van zorgverstrekkers. 'Op een participatieve manier keuzes maken volgens een overlegmodel (shared decision making) vereist nieuwe gesprekscompetenties waarvoor voor zorgverstrekkers in opleiding nog te weinig rolmodellen zijn.' (SARWGG, 2015, 23).

REFERENTIES

- BALTHAZAR, T. (2015). Gezondheidsrechtelijke reacties op psychische problemen: dwangopneming en bescherming van onbekwamen. In C. WITTOUCK, F. VANDER LAENEN & K. AUDENAERT (eds.) (2015), *Handboek forensische gedragswetenschappen*. Antwerpen – Apeldoorn: Maklu, 101-123.
- CHANDENI AUTAR, A., BOONSTRA, A., & KRONEMEIJER, J.D. (2013). *Onderzoeksrapport 'De crisiskaart inio Friesland'*. Leeuwarden: NHL Hogeschool (In opdracht van AanZet, Stichting voor zelfsturende teams).
- DHEEDENE, J., SEYNNAEVE K., & VAN DER AUWERA, A., (2015). De geïnterneerdenpopulatie in Vlaamse gevangenissen: enkele cijfergegevens. *Fatik*, 145, 7.
- DEPARTMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN (2014). *Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen*. Brussel: Zorginspectie.
- FARRELLY, S., LESTER, H., ROSE, D., BIRCHWOOD, M., MARSHALL, M., WAHEED, W., HENDERSON, R.C., SZMUKLER, G., & THORNICROFT, G. (2015). Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. *Qualitative Health Research*, 25(12), 1637-1647.
- HENCKENS, B., VANDENBERGHE, J., SABBE, M., DEMYTTEAERE, K., SCHOEVAERTS, K., & BRUFFAERTS, R. (2015). Gedwongen psychiatrische opname: geassocieerde factoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 71(10), 662-671.
- LAY, B., SALIZE, H.J., DRESSING, H., RÜSCH, N., SCHÖNENBERGER, T., BÜHLMANN, M., BLEIKER, M., LENGELER, S., KORINTH, L. & RÖSSLER, W. (2012). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring, *BMC Psychiatry*, 12(136), 10 p.
- LIGHT, E.M., ROBERTSON, M.D., BOYCE, P., CARNEY, T., ROSEN, A., CLEARY, M., HUNT, G.E., O'CONNOR, N., RYAN, C., & KERRIDGE, I.H. (2014). The lived experience of involuntary community treatment: a qualitative study of mental health consumers and carers. *Australasian Psychiatry*, 22(4), 345-351.
- NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN, PERMANENTE WERKGROEP 'PSYCHIATRIE' (2015). *Advies inzake opmerkingen op de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke*, NRZV/D/PSY/449-1. Brussel: FOD Volksgezondheid.
- NICAISE, P. LORANT, V. & DUBOIS, V. (2012). Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health and social care in the community*, 21(1), 1-14.
- PSY107 (s.d.). *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. Brussel, Gedownload op 3 maart 2016 van <http://www.psy107.be/files/Vlaanderen.pdf>

- RIDLEY, J., & HUNTER, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health & Social Care in the Community*, 21(5), 509-518.
- SAMENWERKINGSRAAD GENT (2014). *Aanpak crisissituaties bij mensen met een psychische problematiek*. Gent: het PAKT, politiezone Gent, Parket Gent, Justitiehuis Gent.
- SCHOEVAERTS, K., BRUFFAERTS, R., VANDERBERGHE, J., VAN LANDEGHEM, K., & LEROY, A. (2012). *Wetenschappelijke validatie van gegevens en cijfers met betrekking tot gedwongen opname in Vlaanderen 2007-2010*. Brussel: Zorginspectie.
- SCHOEVAERTS, K., BRUFFAERTS, R., & VANDERBERGHE, J. (2014). *Gedwongen opname in Vlaanderen – Medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven*. Gent: Academia Press.
- SUTHERBY, K., SZMUKLER, G.I., HALPERN, A., ALEXANDER, M., THORNICROFT, G., JOHNSON, C., & WRIGHT, S. (1999). A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(1), 56-61.
- SARWGG (2015). *Visienota. Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst, Een oriënterend kader*. Brussel: SARWGG, Gedownload op 31 januari 2016 van SARWGG_Raad_NieuwProfessionalisme_20151217__ADV_DEF.
- THORNICROFT, G., FARRELLY, S., SZMUKLER, G., BIRCHWOOD, M., WAHEED, W., FLACH, C., BARRETT, B., BYFORD, S., HENDERSON, C., SUTHERBY, K., LESTER, H., ROSE, D., DUNN, G., LEESE, M., & MARSHALL, M. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 381, 1634-1641.
- VANDER LAENEN, F. (2015). Van het interneringsfront veel nieuws. *Fatik*, 32(148), 3-4.
- VANDER LAENEN, F., & STAS, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheidszorg. In C. WITTOUCK, F. VANDER LAENEN & K. AUDENAERT (eds.), *Handboek forensische gedragswetenschappen*. Antwerpen – Apeldoorn: Maklu, 113-140.
- VEYS, M.N. (2008). *De wet patiëntenrechten in de psychiatrie*. Gent: Larcier (In opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu).
- RUCHLEWSKA-WINIUS, A. (2015). *Effecten van het crisisplan voor patiënten met psychotische en bipolaire stoornissen, Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op gezag van de rector magnificus*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

INTERNATIONAAL EN EUROPEES STRAFRECHT & MENSENRECHTEN / INTERNATIONAL AND EUROPEAN CRIMINAL LAW, AND HUMAN RIGHTS LAW

Een terugblik op het Karadžić proces

LIGEIA QUACKELBEEN^a

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

De derde week van maart bleek een belangrijke te zijn voor het internationaal strafrecht. Niet enkel slaagde het Internationaal Strafhof erin na meer dan een decennium aan het werk te zijn, de derde veroordeling uit te spreken – na de veroordeling van LUBANGA en KATANGA, werd nu ook naar aanleiding van het conflict in de Centraal Afrikaanse Republiek, BEMBA veroordeeld – maar bovendien werd aan het Joegoslaviëtribunaal Radovan KARADŽIĆ, de President van de Republika Srpska (de Servische republiek binnen Bosnië en Herzegovina) in de periode 1992-1996, tot 40 jaar gevangenisstraf veroordeeld. In deze bijdrage blikken we