

RECHT EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG / LAW AND MENTAL HEALTH**Na internering, tijd voor zorg voor gedetineerden en personen met een drugproblematiek****CISKA WITTOUCK^a & FREYA VANDER LAENEN^b**^a Gastprofessor, Faculteit Recht en Criminologie, Universiteit Gent (Corresp.: ciska.wittouck@ugent.be)^b Docent, Faculteit Recht en Criminologie, Universiteit Gent

Op de 'studiedag 40 jaar Panopticon' werden vanuit de verschillende deelredacties panelgesprekken georganiseerd, zo ook voor de deelredactie recht en gezondheidszorg. De grote opkomst voor het panelgesprek toont hoezeer de spanningsvelden gerelateerd aan de forensische geestelijke gezondheidszorg (hierna GGZ) leven bij het werkveld.

De locomotieftekst 'Tien jaar forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. De trein is blijven rijden, zij het niet voor elke wagon met dezelfde snelheid' (VANDER LAENEN, et al., 2019) vormde het vertrekpunt voor het panelgesprek. De locomotieftekst kiest voor een brede invulling van de forensische GGZ en focust op vijf doelgroepen: geïnterneerde personen, gedetineerden, daders van seksueel misbruik, druggebruikers, en personen die gedwongen worden opgenomen.

Prof. em. Joris Casselman, psychiater, psycholoog en criminoloog, stelde de locomotieftekst aan het publiek voor. Een evidente keuze, aangezien hij 10 jaar geleden de basis legde voor de huidige locomotieftekst. Drie experts uit het werkveld zetelden in het panel: Joris Dheedene, netwerkcoördinator internering vanuit de FOD Volksgezondheid, Dirk Vandeveld, directeur van De Kiem en voorzitter van de koepel voor revalidatiecentra verslaafdenzorg, en prof. em. Paul Cosyns, voormalig (gevangenis)psychiater en oprichter van het Universitair Forensisch Centrum. Freya VANDER LAENEN stelde als moderator de volgende vragen aan het panel: (1) Wat is jullie reflectie op de rubriektekst?; (2) Wat zijn de belangrijkste veranderingen die jullie de voorbije 10 jaar hebben gezien in de praktijk en het beleid en (3) Wat zijn de prioriteiten voor de komende 10 jaar? De reflecties van het panel op deze vragen worden in deze rubriektekst samengevat.

1. VOORUITGANG, BIJ INTERNERING, WELISWAAR DANKZIJ DE NODIGE VEROOORDELINGEN

Dhr. Vandeveld start de paneldiscussie met het toejuichen van de evolutie van een biomedisch ziektemodel naar een herstelmodel. In de gespecialiseerde drughulpverlening bestaat immers reeds een jarenlange traditie op het vlak van herstelgericht werken. Cliënten krijgen onder andere inspraak in hun (behandelings)traject en ervaringsdeskundigheid wordt erkend als een belangrijk beleids- en praktijkonderdeel van de hulpverlening. Ook in andere domeinen van de GGZ krijgt het herstelmodel bijval (VANDER LAENEN, et al., 2019). Herstelgericht werken kan ook in de forensische GGZ een meerwaarde betekenen (DRENNAN & ALRED, 2012).

De panelleden zijn unaniem: er is een grote vooruitgang geboekt op het vlak van *zorg voor personen met een interneringsstatuut* naar aanleiding van de vele veroordelingen door het

Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) en de vernietigende rapporten van het Europees Comité ter Preventie van de Foltering of onmenselijke en vernederende behandeling (CPT). De behandeling van geïnterneerde personen is hierdoor eindelijk realiteit geworden. De nieuwe interneringswet van 5 mei 2014 biedt een duidelijk wettelijk kader, én heeft het recht op zorg verankerd. Het recht op zorg wordt verwezenlijkt door de investeringen en ontwikkelingen in het zorglandschap voor personen met een interneringsmaatregel. Met de financiële impulsen uit de federale meerjarenplannen internering en het masterplan internering zijn het aantal bedden voor personen met een interneringsmaatregel sterk uitgebreid en is er extra omkadering gekomen. Bijvoorbeeld, het forensisch medium secure zorgaanbod werd uitgebouwd, de forensisch psychiatrische centra werden opgericht, de bestaande reguliere capaciteiten werden geüpgraded, en coördinatiefuncties vanuit de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie werden gecreëerd (SEYNNAEVE, GOYENS, & DHEEDENE, 2018).

Prof. Cosyns vult aan dat ook op het vlak van het psychiatrisch deskundigenonderzoek verbeteringen zijn vast te stellen. In de eerste plaats is de erkenning van de bijzonder beroepstitel in de forensische psychiatrie voor arts-specialisten¹ een belangrijke ontwikkeling. Deze bijzondere beroepstitel heeft immers gezorgd voor de verplichte organisatie van een opleiding tot forensisch psychiater die voorheen ontbrak (DE CLERCQ & VANDER LAENEN, 2017). Hij merkt hierbij op dat in navolging van deze bijzondere beroepstitel voor psychiaters een bijzondere beroepstitel 'forensisch gezondheidswerker' zou moeten volgen. Iedereen die werkt in de forensische GGZ heeft immers dezelfde basisopleiding nodig. Deze basisopleiding is van belang omwille van de onontbeerlijke multidisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking in zowel de reguliere als de forensische GGZ (VYT, 2017). Daarnaast is de verloning van forensisch psychiaters voor een psychiatrisch deskundigenonderzoek in het kader van een interneringsprocedure recent aangepast aan de huidige RIZIV-tarieven², nadat het honorarium voor een psychiatrisch deskundigenonderzoek decennialang ondermaats is gebleven (DILLEN, 2006). Deze lage honorering is, zo geeft prof. Cosyns aan, een van de redenen waarom de themawerkgroep deskundigenonderzoek van Panopticon over de jaren heen verdwenen is. Daarom koestert hij de hoop dat de verbeterde verloning deze themawerkgroep nieuw leven zal inblazen. Prof. Cosyns heeft ernstige bedenkingen bij de, in de locomotieftekst positief beoordeelde, mogelijkheid tot de aanwezigheid van een advocaat bij het psychiatrisch deskundigenonderzoek in het kader van een interneringsprocedure, omdat hierdoor het psychiatrisch deskundigenonderzoek dreigt gelijkgesteld te worden aan het politionele verhoor. Hij steunt hiermee het negatief advies dat de Nationale Raad van de Orde der artsen hierover heeft geformuleerd.³

Globaal positief nieuws dus voor de zorg aan geïnterneerde personen, hoewel het eindstation voor de trein van de forensische GGZ nog niet in zicht is.

- 1 De bijzondere criteria voor de bijzondere beroepstitel van forensisch psychiater werden vastgelegd in het MB van 28 oktober 2015 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialistenhouders van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, alsmede van stagemeesters en stagediensten, BS 10 november 2015.
- 2 De huidige verloning voor een psychiatrisch deskundigenonderzoek in het kader van een interneringsprocedure wordt geregeld door het KB van 5 oktober 2018 tot vaststelling van het forfaitair tarief voor de prestaties bij het psychiatrisch deskundigenonderzoek in het kader van een interneringsprocedure, BS 12 oktober 2018.
- 3 Advies van de Nationale Raad van de Orde der artsen van 6 mei 2017 over de aanwezigheid van een advocaat bij het forensisch psychiatrische deskundigenonderzoek in strafzaken zoals bepaald in artikel 7 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering van personen.

2. INTERNERING VOORUIT, ANDERE FORENSISCHE DOELGROEPEN BETALEN MEE DE REKENING

De upgrades van reguliere residentiële plaatsen in Vlaanderen voor personen met een interneringsmaatregel hebben helaas perverse effecten gehad, geeft dhr. Dheedene aan. De hervormingen van de GGZ in het kader van art. 107 van de ziekenhuiswet hebben geleid tot een afbouw van residentiële bedden om meer te investeren in ambulante zorginitiatieven. De residentiële bedden werden echter in functie van de upgrades voor patiënten met een interneringsmaatregel nog verder afgebouwd. Wanneer mensen met een interneringsmaatregel zich aanmelden bij reguliere psychiatrische voorzieningen worden zij doorverwezen naar voorzieningen met dergelijke upgrades. Echter, voor deze upgrades worden specifieke inclusiecriteria gehanteerd aangezien zij zich richten tot specifieke moeilijk toeleidbaar geachte doelgroepen binnen de totale populatie van personen met een interneringsmaatregel (SEYNNAEVE, et al., 2018). Personen met een interneringsmaatregel die niet tot deze doelgroepen behoren kunnen dan ook opnieuw geen gebruik maken van het gepaste zorgaanbod, rekening houdend met hun zorgnood en risico, en dreigen in te hoog beveiligde voorzieningen of zelfs in gevangenissen terecht te komen (HANOULLE, 2013; VANDER BEKEN, 2017). De laatste maanden wordt trouwens opnieuw een stijging van het aantal mensen met een interneringsmaatregel in de gevangenissen waargenomen. De redenen hiervoor zijn nog onduidelijk.

Het aanwezige publiek treedt dhr. Dheedene bij. Zowel de justitiehuizen als de forensisch psychiatrische centra (FPCs) worden in hun dagelijkse werking geconfronteerd met de moeilijke uitstroom van geïnterneerde personen. Hoewel de uitstroom verbeterd is sinds de implementatie van de upgrade-bedden worden nog veel personen met een interneringsmaatregel geweigerd voor een vervolgtraject in (afdelingen van) reguliere psychiatrische ziekenhuizen zonder upgrades. Bij de mobiele teams wordt een gelijkaardige evolutie geobserveerd. Met de implementatie van de forensische mobiele teams, zijn de reguliere mobiele teams gestopt met het opnemen en opvolgen van mensen met een interneringsmaatregel. Bepaalde deuren openen voor (bepaalde) geïnterneerde personen, en tegelijkertijd sluiten andere deuren voor (andere) geïnterneerde personen.

Globaal genomen heerst nog steeds het stigma en het taboe op internering, en bij uitbreiding op alle juridische statuten, in de reguliere zorg (CARTUYVELS & CLIQUENNOIS, 2015). Een sector die hierop een uitzondering vormt, is de gespecialiseerde drughulpverlening: daar wordt al jaren hulp verleend aan personen met een juridisch statuut. Dhr. Vandeveldde benadrukt dat de perverse effecten van de afbouw van bedden en de focus op internering in de GGZ ook spelen voor personen met een drugproblematiek. Niet alleen worden residentiële bedden afgebouwd, ook de GGZ specialiseert steeds meer. Psychiatrische ziekenhuizen dienden hierdoor keuzes te maken tussen verschillende doelgroepen. Bij het maken van deze keuzes werd/wordt vaak gekozen voor andere doelgroepen dan personen met een drugproblematiek. Deze trend zorgt voor een stijging van het aantal aanmeldingen en van wachtlijsten in de Vlaamse revalidatiecentra voor drugsverslaafden. Kort op de bal spelen is dus in mindere mate mogelijk, terwijl een dergelijke manier van werken bij personen met een verslavingsproblematiek net cruciaal is. 'Wanneer ze zich aanmelden voor een opname en je hen niet meteen kan opnemen, ben je ze kwijt', zo beschrijft dhr. Vandeveldde treffend de situatie.

De extra financiering voor zorg voor personen met een interneringsmaatregel heeft kortom gezorgd voor een dalende aandacht voor andere groepen in de forensische GGZ, zoals druggebruikers en gedetineerden met een psychiatrische problematiek en/of verslavingsproble-

matiek. Zoals in de locomotieftekst uiteengezet wordt, is momenteel het juridisch statuut van de dader al te zeer bepalend voor de kwaliteit van de zorg (VANDER LAENEN, et al., 2019). Prof. Cosyns en dhr. Dheedene benadrukken dat de inhoud van de zorg in principe dezelfde is – of zou moeten zijn – over elk juridisch statuut heen.

3. 'TO DO': EEN UITGEWERKTE BELEIDSVISIE OP FORENSISCHE ZORG

De veroordelingen door het EHRM en de kritiek van het CPT over de situatie van geïnterneerde personen in detentie hebben dan wel voor een stroomversnelling gezorgd in de organisatie van het zorgaanbod voor deze doelgroep, toch zijn nog belangrijke stappen te zetten in de ontwikkeling van een uitgewerkte beleidsvisie op forensische zorg voor geïnterneerde personen, zo merkt dhr. Dheedene op. De andere leden van het panel merken dezelfde noodzaak op bij andere domeinen van de forensische GGZ.

Prof. Cosyns stelt dat, in tegenstelling tot de Waalse FPCs, de Vlaamse FPCs geen ziekenhuisstatuut hebben, hoewel ze gebouwd zijn volgens de regels van een ziekenhuis. De wetgeving voor de ziekenhuizen is dus niet van toepassing. Zonder wettelijke verplichting heeft de zorginspectie van de Vlaamse gemeenschap wel de controlefunctie op de Vlaamse FPCs op zich genomen. De Vlaamse zorginspectie heeft een eerste aanzet gegeven tot de ontwikkeling van een referentiekader forensische GGZ. Deze tekst dient nog verder verfijnd en geconcretiseerd te worden. In de toekomst zal hierin ook de interne rechtspositie van forensisch psychiatrisch patiënten opgenomen worden met onder andere een beleid rond het gebruik van dwangmaatregelen.⁴ Het gebruik van dwang- en drangmaatregelen is trouwens in zowel de reguliere als de forensische GGZ problematisch, wat de keuze voor een brede invulling van de forensische GGZ in de locomotieftekst des te meer rechtvaardigt (VANDER LAENEN, et al., 2019). Getuige hiervan is de gespannen verhouding tussen het burgerlijk recht, met de wet op de gedwongen opname, en het gezondheidsrecht met de wet op de patiëntenrechten (VANDER LAENEN, WITTOUCK, & AUDENAERT, 2015). Prof. Cosyns illustreert dit spanningsveld met een voorbeeld. De wet op de patiëntenrechten stelt de autonomie van de patiënt centraal. De wet zwijgt echter over hoe we als gezondheidswerker kunnen omgaan met patiënten die (nog) niet willen meewerken. Voor vrijwillige patiënten betekent dit in de praktijk dat de hulpverlening stopgezet wordt. Maar wat met vrijwillige patiënten die een gevaar vormen voor anderen en (nog) niet willen meewerken? En wat met forensische patiënten die (nog) niet willen meewerken? Het spanningsveld gerelateerd aan het gebruik van dwang- en drangmaatregelen en de discussies daarover zijn geen uitsluitend Belgisch verhaal. Het Europese niveau worstelt hier evenzeer mee, zo ervaart Prof. Cosyns. Wegens een gebrek aan consensus slagen de lidstaten van de Raad van Europa niet in het opstellen van bindende richtlijnen omtrent het gebruik van dwangmaatregelen in een hulpverleningscontext.

Bijzonder problematisch, zo geeft dhr. Vandeveld aan, is de aanpak van de overheid rond de drughulpverlening in het algemeen en de drughulpverlening in detentie in het bijzonder. De communautariserings van de drughulpverlening naar de Vlaamse Gemeenschap ging niet gepaard met de nodige investeringen. Door de overgangperiode heeft het RIZIV jarenlang geen beslissingen kunnen nemen, en met het aantreden van de nieuwe Vlaamse regering worden besparingsmaatregelen genomen. Daarbij komt nog dat de zorg voor druggebruikers in de (psychiatrische) ziekenhuizen federale materie is gebleven. Door de communautarisering is de noodzaak van een voortdurende beleidsafstemming tussen de verschillende

4 Zie <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-kwaliteitsvolle-geestelijke-gezondheidszorg-voor-forensische-cli%C3%ABnten>

bevoegdheidsniveaus pertinent (VANDER LAENEN, 2016). Op het vlak van drughulpverlening in detentie werden met het aanstellen van de regionale drugscoördinatoren in eerste instantie hoopvolle signalen vastgesteld. In de feiten kennen deze functies echter enkel een 'theoretisch bestaan' aangezien ze dienen gecombineerd te worden met een directiefunctie in een gevangenis. Daarnaast werden in de gevangenissen reeds verschillende drughulpverleningsprogramma's geïnitieerd zoals de voormalige centrale aanmeldpunten voor druggebruikers (CAP), de drugvrije afdelingen (DVA), en de proefprojecten 'Drugs en Detentie' en 'DRUGS de baas'. Omwille van budgettaire beperkingen is het echter onmogelijk om deze initiatieven ofwel verder te financieren ofwel uit te breiden. Dergelijke omstandigheden zijn nefast voor het ontwikkelen van een andere prosociale levensstijl. Drughulpverlening betekent immers meer dan enkel het bereiken van abstinentie (VANDERPLASSCHEN & VANDER LAENEN, 2017). Nochtans zijn op internationaal vlak de resultaten van gerandomiseerde gecontroleerde studies over drughulpverlening in detentie gunstig en veelbelovend (DE ANDRADE, RITCHIE, ROWLANDS, MANN, & HIDES, 2018; VANDERPLASSCHEN, VANDEVELDE, & BROEKAERT, 2014). In België hebben verschillende pilootprojecten die bruggen slaan tussen justitie en de drughulpverlening binnen en buiten detentie, zoals de alternatieve gerechtelijke maatregelen, de drugbehandelingskamer, en de voormalige centrale aanmeldpunten voor druggebruikers in detentie, reeds hun individueel en maatschappelijk nut bewezen via wetenschappelijke studies (VANDER LAENEN, et al., 2013; VANDEVELDE, VANDER LAENEN, VANDERPLASSCHEN, MINE, & MAES, 2016). Tot op heden werd evenwel nog geen structurele financiering voor deze pilootprojecten voorzien. Wanneer de implementatie van pilootprojecten gecombineerd wordt met wetenschappelijk onderzoek moeten deze pilootprojecten afhankelijk van de wetenschappelijke bevindingen ofwel gecontinueerd worden via structurele financiering ofwel afgevoerd worden (VVBV, 2019). Op basis van de huidige, partiële, financiering is van een uitgewerkt aanbod voor drugsverslaving (in detentie) geen sprake, geeft dhr. Vandeveldt aan.

Forensische doelgroepen zijn politiek en maatschappelijk gezien geen aantrekkelijk publiek om stemmen mee te scoren. Op het vlak van de zorg voor geïnterneerde personen hebben de volgehouden veroordelingen geleid tot investeringen en tot een eerste aanzet tot visieontwikkeling. De vraag wordt geopperd of veroordelingen door het EHRM ook voor andere doelgroepen van de forensische GGZ soelaas kunnen bieden?

4. INZETTEN OP REGULIERE ZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING ALS AANBEVELING

De drie panelleden pleiten voor een integratie van de forensische GGZ in de reguliere GGZ. De ontwikkeling van een geïntegreerd zorgcircuit wordt al aanbevolen sinds het eindverslag van de commissie internering in 1999 (DELVA, 1999). Deze integratie vraagt wel een specifiek kader en een specifieke infrastructuur aangezien werken met een (deel van het) forensisch publiek in de reguliere GGZ niet zonder meer mogelijk is. Wanneer echter voldoende geïnvesteerd wordt in het regulier aanbod, dient minder aandacht besteed te worden aan specifieke groepen. Om deze integratie te verwezenlijken is nood aan meer communicatie en samenwerking tussen de verschillende betrokken sectoren van een geïntegreerd zorgcircuit in functie van het bieden van zorg op maat aan elke forensische patiënt of cliënt. Om de dialoog tussen justitie(-assistenten) en de GGZ te versterken is volgens prof. Cosyns een structurele aanpak nodig, bijvoorbeeld op het niveau van de forensische sectie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie.

Via een geïntegreerd zorgcircuit kan zorg op maat geboden worden. Zo is een behandeling in een medium *security* afdeling niet voor elke geïnterneerde persoon de geschikte zorg.

Hieraan gerelateerd kan de vraag gesteld worden waarom een afzonderlijke interne rechtspositie via het forensisch psychiatrisch referentiekader voor de forensische zorg noodzakelijk is. Dhr. Dheedene verwijst hier naar Duitsland, waar jaarlijks een *worst practices colloquium* georganiseerd wordt. Dit colloquium zet het werkveld aan tot zelfreflectie. België kan hieraan een voorbeeld nemen.

Een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft aanbevolen ook de penitentiaire gezondheidszorg te integreren in de reguliere gezondheidszorg (MISTIAEN, et al., 2017). Prof. Cosyns benadrukt dat de ziekenfondsen in dat geval zullen moeten tussenkomen. Hij stelt ook voor dat de psychiatrische annexen in de gevangenissen een extraterritoriaal deel worden van psychiatrische ziekenhuizen die zich in de nabijheid van de gevangenissen bevinden. Deze psychiatrische ziekenhuizen zouden alle personeelsfuncties moeten invullen om kwaliteitsvolle zorg te garanderen. Na een vraag uit het publiek bevestigt prof. Cosyns dat een adequate structuur ontbreekt voor het delen van medische informatie in de gevangenissen. Een knelpunt hierbij is ook het meegeven van een kopij van het medisch dossier (of een deel ervan) met gedetineerden aangezien ze in hun cel geen privacy hebben. Daarom wordt in de praktijk een kopie van het medisch dossier vaak meegegeven aan de advocaat of een andere vertrouwenspersoon. In deze context kan *e-health* en telegeneeskunde ook betekenisvol zijn in de penitentiaire gezondheidszorg. Bijvoorbeeld, via telegeneeskunde kan het advies van arts-specialisten ingewonnen worden zonder dat zij ter plaatse moeten komen. Dhr. Vandeveldt vult tenslotte aan dat ook de drughulpverlening in detentie zou georganiseerd moeten worden door de gespecialiseerde drughulpverlening en niet door de FOD Justitie.

Concluderend neemt prof. VANDER LAENEN drie boodschappen mee: (1) herstel moet centraal staan, ook in de forensische GGZ; (2) het zorgaanbod voor forensische patiënten dient waar mogelijk in de reguliere zorg georganiseerd te worden; (3) het is, cynisch genoeg, hopen op veroordelingen door het EHRM rond het huidige zorgaanbod voor gedetineerden en voor personen met een drugproblematiek.

REFERENTIES

- CARTUYVELS, Y., & CLIQUENNOIS, G. (2015). The Punishment of Mentally Ill Offenders in Belgium: Care as Legitimacy for Control. *Champ Pénal/Penal Field*, XII, 27 p.
- CASSELMAN, J. (2011). Internering in Vlaanderen anno 2010: ondanks het goede nieuws nog steeds menonwaardig. In I. AERTSEN, T. DAEMS, A. HAAREN, F. HUTSEBAUT & J. MAESSCHALK (Eds.), *Deviant wetenschap. Het domein van de criminologie. Liber Amicorum Johan Goethals* (pp. 237-247). Leuven: Acco.
- DE ANDRADE, D., RITCHIE, J., ROWLANDS, M., MANN, E., & HIDES, L. (2018). Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions. *Epidemiologic reviews*, 40(1), 121-133.
- DE CLERCQ, M., & VANDER LAENEN, F. (2017). Psychiatrische expertises bij internering: de waarborgen in de nieuwe interneringswet zijn welgekomen. *Panopticon*, 38(4), 246-263.
- DELVA, P. (1999). *Commissie Internering voor de herziening van de wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij. Eindverslag van de werkzaamheden*. Brussel: Ministerie van Justitie.
- DILLEN, C. (2006). Requiem voor een kalf. *Orde van de dag*, 34, 7-12.
- DRENNAN, G., & ALRED, D. (2012). *Secure Recovery: Approaches to recovery in forensic mental health settings*. New York, NY: Routledge.

- HANOULLE, K. (2013). Straatsburg gunt België geen respijt meer: interneren moet gelijk staan aan behandelen. *Rechtspraak Antwerpen, Brussel, Gent*, 1, 7-13.
- MISTIAEN, P., DAUVIN, M., EYSEN, E., ROBERFROID, D., SAN MIGUEL, L., & VINCK I. (2017). *Gezondheidszorg in Belgische gevangenissen: Huidige situatie en toekomstige scenario's – Synthèse*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- SEYNNAEVE, K., GOYENS, M., & DHEEDENE, J. (2018). Internering in een veranderend zorglandschap: wat zijn de vaststellingen na één jaar nieuwe wet op de internering? *Panopticon*, 39(3), 241-250.
- VANDER BEKEN, T. (2017). De nieuwe interneringswetgeving. In P. TRAEST, A. VERHAGE, & G. VERMEULEN (Eds.), *Strafrecht en strafprocesrecht : doel of middel in een veranderende samenleving?* (pp. 341-404). Mechelen: Wolters Kluwer.
- VANDER LAENEN, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275-289.
- VANDER LAENEN, F., VANDERPLASSCHEN, W., WITTOUCK, C., DEKKERS, A., DE RUYVER, B., DE KEULENAER, S., & THOMAS, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*. Gent: Academia Press.
- VANDER LAENEN, F., VAN REMOORTELT, J., HANOULLE, K., DE BOECK, M., BALTHAZAR, T., & OPGENHAFFEN, T. (2019). Tien jaar forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. De trein is blijven rijden, zij het niet voor elke wagon met dezelfde snelheid. *Panopticon*, 40(6), 450-469.
- VANDERPLASSCHEN, W., VANDEVELDE, S., & BROEKAERT, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- VANDEVELDE, S., VANDER LAENEN, F., VANDERPLASSCHEN, W., MINE, B., & MAES, E. (2016). *PROcess and Outcome Study of Prison-based Registration points (PROSPER)*. Brussel: Belspo.
- DE VLAAMSE REVALIDATIECENTRA VOOR DRUGVERSLAAFDEN (2019). Memorandum 2019. Speerpunten voor een doeltreffende en kwaliteitsvolle Vlaamse Verslaafdenzorg. Verkregen op 15/03/2020, via <http://verslaafdenzorg.be/index.php/23-vlis/182-memorandum-vvbv-2014>
- VYT, A. (2017). Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn. Antwerpen/Apeldoorn: Garant-Uitgevers nv.