

denken daarbij specifiek aan minderjarigen, jongvolwassenen, zwakbegaafden en mentaal gehandicapten, senioren, vrouwelijke plegers, allochtonen, ontkenners en betrokken systeemleden (b.v. partners).

We hopen met deze visietekst een beeld te hebben gegeven van het werk dat I.T.E.R. in het kader van haar opdracht uitvoert. Reacties op en discussie over de inhoud van deze tekst zijn steeds welkom op iter@pi.be. Meer informatie kan u ook altijd vinden op de webstek www.iter-daderhulp.be.

Jessica OPSTEYN
criminologe,
werkzaam bij I.T.E.R.
via Algemeen Welzijnswerk
Ina RAYMENANTS
psychologe,
werkzaam bij I.T.E.R.
via de Leerprojecten
Kris VANHOECK
psycholoog (lic),
werkzaam bij I.T.E.R.
via Geestelijke Gezondheidszorg

Bibliografie

- BANDURA, A., *Aggression: a social learning analysis*, Engelwood Cliffs, Prentice Hall, 1973.
- CARROLL, J.S., "Consent to mental health treatment: A theoretical analysis of coercion, freedom and control", *Behavioral Science and the Law* 1991, (9), 129-142.
- COSYNS, P. en DE DONCKER, D., "Ambulante Dwangbehandeling van Seksuele Misbruikers", *Panopticon* 1996, (17), 25-36.
- HUDSON, S.M., WALES, D.S., BAKKER, L. en WARD, T., "Dynamic Risk Factors: The Kia Marama Evaluation", *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* 2002, 14(2), 103-119.
- LAWS, D.R., "Harm Reduction or Harm Facilitation? A reply to MALETZKY", *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* 1999, 11(3), 233-241.
- VAN CANEGEM, F. en VANHOECK, K., "Informed consent: het dilemma van gedwongen therapie", *Alert* 2001, 27(3-4), 22-38.
- VANDENBROUCKE, M., "Vrijheid, Dwang en Hulpverlening: enkele bemerkingen bij de dwang in de hulpverlening aan delinquenten", *Panopticon* 1996, (17), 15-17.
- VANHOECK, K., "Motivatie voor een psychotherapeutische behandeling binnen een verplichtend kader", *Tijdschrift voor Klinische Psychologie* 2001, 31(2), 86-95.
- VANHOECK, K. en VAN CANEGEM, F., "Informed Consent bij gedwongen therapie", *Panopticon* 2000, 21(1), 80-87.
- WIPPOO, J.H., "Informed consent bij psychotherapie", *Tijdschrift voor Psychotherapie* 1997, 23(6), 394-409.

2. Congressen

2.1. 'Ontwikkelingspsychiatrie: psychiatrie in ontwikkeling' Antwerpen 12 en 13 september 2002

Tijdens dit druk bezochte en geslaagde congres werd in een discussieforum de recente ontwikkelingen in verband met de nieuwe forensisch-psychiatrische voorzieningen besproken. In een eerste deel werd een toelichting gegeven door Prof. Dr. J. CASSELMAN, Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg, K.U.Leuven. Het betrof een stand van zaken alsook een kritische evaluatie.

Daarna volgde in een tweede deel een discussie met in het panel: Dr. P. VAN PETHEGEM, Psychiatrisch Centrum te Zelzate, Dr. G. WALPOT, Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem en Dr. R. VERELST, Psychiatrisch Centrum te Bierbeek.

A. Toelichting

1) HUIDIGE STAND VAN ZAKEN

Aantal geïnterneerden in de gevangenis

De inleidende spreker wees erop dat de overheid geen continue registratie voorziet inzake de interneringsmaatregel. Er werd tevens verwezen naar de meest recente doorlichting (2001) van de CsBM Antwerpen, Gent en Leuven door S. DE VUYSERE, K.U.Leuven. Vertrekkende van de onderzoeksgegevens kan men vaststellen dat zo'n 450 Vlaamse geïnterneerden in de gevangenis verblijven. De spreker ging ervan uit dat een 300-tal geïnterneerden zich in de medium beveiligingsgroep bevinden en 150 in de hoge beveiligingsgroep.

Nieuwe forensisch-psychiatrische voorzieningen

Het Ministerie van Justitie voorziet 3 afdelingen in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Vlaanderen (Rekem, Bierbeek, Zelzate) met elk zo'n 32 bedden en extra subsidie voor personeel. Het Ministerie van Volksgezondheid daarentegen voorziet 4 tot 6 afdelingen waarvan 3 in Vlaanderen (Rekem, Zelzate en Bierbeek)

met 8 bedden en extra subsidiëring voor personeel.

Evaluatieonderzoek K.U.L. en ULB

Het Ministerie van Volksgezondheid voorziet een evaluatieonderzoek (K.U.Leuven en U.L.B) van bij de start van de Forensisch-Psychiatrische Eenheden (FPE). Einde september van dit jaar wordt een eindrapport van het eerste onderzoeksjaar neergelegd.

2) KRITISCHE EVALUATIE

Overheidsbeleid

De spreker pleitte voor een gezamenlijk initiatief tussen de bevoegde overheden, met name Justitie, Volksgezondheid, Sociale Zaken en Welzijn. Er werd in dit kader verwezen naar Nederland en Canada. Daarnaast werd de nood aan een overkoepelende beleidsnota voor gerechtscliënten in de gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg benadrukt.

Medium beveiligingsgroep

Het verschil tussen 'medium security', 'medium risk' en 'medium care' werd aangegeven. De medium-securitygroep moet kunnen gebruikmaken van een afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis waar meer gespecialiseerd personeel in combinatie met beperkte technische beveiligingsmiddelen (zoals een sas of camera's) het verschil maakt met een andere afdeling binnen het ziekenhuis. De graad van risico tot terugval moet worden nagegaan, maar kan niet als indelingsprincipe gehanteerd worden.

Lage en hoge beveiligingsgroepen

De spreker waarschuwde voor het risico dat het systeem zou kunnen dichtslibben indien geen doorstroming wordt voorzien.

Netwerken en circuits

De ziekenhuizen met een FPE moeten werk maken van de verdere uitbouw van het zorgcircuit, dit binnen het ziekenhuis en de partners, doch ook extern door samenwerking met voorzieningen in de regio.

Rechtspositie van de cliënten

Er moet meer werk gemaakt worden van de interne rechtspositie van justitiecliënteel. Ook het huidige voorontwerp van nieuwe interneringswet heeft hier onvoldoende aandacht voor.

Aansprakelijkheid van het personeel

Er werd gewezen op de eindverantwoordelijkheid die zowel bij de instelling als bij de psychiater, die verantwoordelijk is voor de opna-

mes, ligt. Daarnaast kwam de meldingsplicht aan de verzekeraar van beroepsaansprakelijkheid aan bod.

Continueren en multipliceren

De huidige initiatieven moeten gecontinueerd en gemultipliseerd worden, bovendien moet men oog hebben voor differentiatie inzake problematiek (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen, alcohol en andere drugproblemen, mentaal gehandicapten enz.)

Evaluatieonderzoek

Men moet zowel het functioneren van de initiatieven in netwerken en circuits nagaan, alsook een doorlopende evaluatie voorzien. Dit geldt zowel wat betreft de eenheden van Volksgezondheid als van Justitie.

B. Discussie met het panel

Wat is de houding binnen het werkveld ten opzichte van het voorontwerp op de nieuwe interneringswet? Zal men zijn werk nog op deugdelijke wijze kunnen doen?

Dr. WALPOT gaf aan dat men binnen het behandelingssteam enerzijds niet in een 'rechter-positie' wil terechtkomen doch anderzijds wil men voldoende vrijheid om therapeutisch te kunnen werken (men wil niet steeds toestemming aan de CBM moeten vragen voor elke uitstap van de geïnterneerde). Prof. Dr. CASSELMAN pleit voor het behoud van de CsBM die, dat wijst de praktijk uit, kort op de bal kunnen spelen. Men dient wel te voorzien in de uitbouw van de CsBM zodat die met voldoende personeel soepel kunnen werken in de vorm van het nemen van tussentijdse beslissingen. Dr. VERELST verwijst naar de CBM Leuven waar men met een samenwerkingsovereenkomst werkt. Dit maakt dat de samenwerking tussen de CBM en de psychiatrische ziekenhuizen en therapeuten vlotter verloopt.

Het panel was van mening dat de ziekenhuizen voldoende inspraak moeten hebben in het opnamebeleid. Bovendien moet Justitie de verantwoordelijkheid opnemen wanneer men met de cliënt niet meer verder kan werken. Men wil zijn soevereiniteit behouden.

Wat is de werking binnen en tussen de ziekenhuizen?

Binnen het panel werd aangegeven dat elk ziekenhuis zich specialiseert; Bierbeek richt zich voornamelijk op psychotici, Rekem focust op persoonlijkheidsgestoorden en psychotici en

Zelzate hanteert volgende exclusiecriteria: kernpsychopathie, vrouwen, zwakbegaafden, druggebruik als hoofdproblematiek, allochtonen. Men gaf aan dat de uitbouw van subunits binnen de bestaande units noodzakelijk is. De forensische psychiatrie bestrijkt de hele psychiatrie, doch men kan niet alle problematieken op één en dezelfde afdeling behandelen. Prof. Dr. CASSELMAN gaf aan dat multiplieren ook meer mogelijkheid tot diversifiëren (wat betreft pathologie en niveau van beveiliging) geeft.

Overleg tussen de verschillende afdelingen is noodzakelijk zodat men weet waar anderen mee bezig zijn. Het gaat hier om een collectieve verantwoordelijkheid, ook de overheid moet initiatief nemen, zodat men tot meer samenwerking komt. Dr. VAN PETHEGEM verwijst naar de noodzaak tot het spreken van een gemeenschappelijke taal wat betreft de beleidsmakers (volksgezondheid en justitie).

Behalve de differentiatie naar zorg en beveiliging moet men blijvend oog hebben voor de verdere uitbouw van het hele circuit. Ook binnen de penitentiaire inrichtingen kan met deze doelgroep therapeutisch gewerkt worden. Verder moet men focussen op de finaliteit; waar kan men terecht na de FPE?

Sylvie DEVUYSERE

Assistent, Afdeling Strafrecht, Strafvordering en Criminologie, K.U.Leuven

2.2. CONGRESSEN IN 2003

2.2.1. *International Association of Forensic Mental Health Services. Miami Beach, Florida, USA, April 2003.*

Info: www.iafmhs.org.

2.2.2. *28th International Congress on Law and Mental Health, Sidney, Australia, September 28-October 3, 2003.*

Info: www.ialmh.org.

Criminologie en strafrechtstheorie

Een nieuwe opleiding criminologie in Nederland

Inleiding

In 2002 is aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Vrije Universiteit Amsterdam en de Universiteit Leiden een nieuwe, gezamenlijk te

verzorgen, opleiding criminologie van start gegaan. In dit artikel gaan wij in op de achtergronden, opzet en ambities van deze opleiding. Eerst wordt hiertoe iets opgemerkt over de recente geschiedenis van de Nederlandse criminologie, waarbij op enkele opvallende verschillen met de situatie in België wordt gewezen. Ook bij de bespreking van de opzet en ambities van de nieuwe Nederlandse opleiding komen enkele verschillen met de Vlaamse criminologieopleidingen aan bod.

Een eeuw Nederlandse criminologie in vogelvucht

Evenals in België vindt de universitaire criminologie in Nederland haar oorsprong aan het eind van de negentiende eeuw. Debatten over determinisme en indeterminisme van crimineel gedrag hebben, onder andere via de Nieuwe Richting in de strafrechtswetenschap, niet alleen de criminologie maar ook de strafrechtspleging in belangrijke mate beïnvloed (FJNAUT, 1986: 15). In 1899 ontvangt de medicus ARNOLD ALTRINO het eerste privaatschap in wat toen de 'criminele antropologie' werd genoemd aan de Amsterdamse Gemeentelijke Universiteit – de huidige UvA. In 1922 aanvaardt de socioloog WILLEM BONGER aan diezelfde universiteit het eerste 'echte' hoogleraarschap in de criminologie. Het eerste criminologische instituut wordt in 1934 aan de Utrechtse universiteit opgericht door de jurist WILLEM POMPE. En in 1959 wordt, onder andere door BIANCHI, KEMPE, NAGEL en RIJKSEN, het *Nederlands Tijdschrift voor Criminologie* opgericht, dat in 1963 wordt gevolgd door de oprichting, door ongeveer dezelfde groep hoogleraren, van de eerste beroepsvereniging, de *Stichting Interuniversitair Criminologisch Contact Orgaan* (SICCO) (VAN SWAANINGEN, 1992).

De verankering van de criminologie in de juridische faculteiten aan de Nederlandse universiteiten is evenwel minder sterk dan in België en dit zou lange tijd zo blijven. Een belangrijke oorzaak hiervan is de verschillende positie van de criminologie als beroepsopleiding. Anders dan in België is het behalen van een academische graad in de criminologie in Nederland nooit een functievoorwaarde voor welke beroepsgroep dan ook geweest. Voor het hogere kader van de politie is een diploma van de Nederlandse Politie Academie (NPA) vereist en gevangenisdirecteuren en hun stafleden hebben altijd vooropleidingen van zeer verschillende aard genoten – van dominee en jurist tot andragoog – en krijgen meer specifieke opleidingen binnen de eigen