

FREYA VANDER  
LAENEN,<sup>a</sup>  
JOSÉE VAN  
REMOORTELE,<sup>b</sup>  
KATRIEN HANOULLE,<sup>c</sup>  
MINNE DE BOECK,<sup>d</sup>  
TOM BALTHAZAR<sup>e</sup> &  
TIM OPGENHAFFEN<sup>f</sup>

# 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  
© 2019 Maklu | ISSN 0771-1409 | November 2019

- a Hoofddocent criminologie, Onderzoeksgroep IRCP, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Universiteit Gent (corresp.: freya.vanderlaenen@ugent.be)
- b Honorary Senior Policy Advisor Mental Health Europe (MHE)
- c Substituut-procureur des Konings parket Leuven. Vrijwillig wetenschappelijk medewerker, Instituut voor strafrecht, KULeuven
- d Criminoloog Universitair Forensisch Centrum (UFC). Coördinator Stop it Now! Vlaanderen, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) & Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen
- e Hoofddocent gezondheidsrecht UGent, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht. Stafmedewerker Zorgnet-Icuro
- f Postdoctoraal onderzoeker, Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

### 10 YEARS OF FORENSIC MENTAL HEALTH CARE IN FLANDERS THE TRAIN KEPT ON ROLLING, THOUGH SOME CARRIAGES LAG BEHIND

In this article, we reflect upon the evolutions in forensic mental health care in Flanders during the past decade. We focus on five target groups: Persons labelled as not criminally responsible, people in detention, sexual offenders, substance users and patients who are involuntarily admitted to hospital. Significant progress has been made regarding persons labelled as not criminally responsible. However, the lack of a fully developed range of treatment services for offenders with mental health problems, especially in prison, causes concern. Moreover, tensions arise between a(n international) trend towards autonomy (patient rights and informed consent), strength-based approaches and recovery on the one hand; and the continuing predominant focus on risk management and the avoidance of recidivism on the other hand.

**Keywords:** offenders with mental illness, transition into the community, patient rights

**Kernwoorden:** daders met psychische problemen, vermaatschappelijking, patiëntenrechten

### 1. INLEIDING

Tien jaar terug beschreef Joris CASSELMAN (2009) in zijn bijdrage ‘Dertig jaar forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen: Over een trein die stilstond en recent in beweging kwam’. Deze bijdrage is een terugblik op belangrijke ontwikkelingen in de forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen tijdens het laatste decennium. In die periode is de trein niet terug stilgevallen, zoals zal blijken uit de verschillende onderdelen.

Deze bijdrage is op twee manieren schatplichtig aan de bijdrage van Joris CASSELMAN (2009). Ten eerste vertrekken we, net als CASSELMAN, vanuit een brede invulling van de forensische geestelijke gezondheidszorg. CASSELMAN beperkte de forensische geestelijke gezondheidszorg tot “*verschillende raakvlakken van de geestelijke gezondheidszorg met alle echelons van de strafrechtsbedeling*” (CASSELMAN, 2009: 335). Zoals Joris CASSELMAN aanhaalde, is het werkveld ‘recht en geestelijke gezondheidszorg’ zo ruim dat keuzes moeten gemaakt worden over wat aan bod komt in deze bijdrage. We zijn er ons van bewust dat, ondanks – of net door – deze brede invulling, andere aspecten die van belang zijn voor ‘recht en geestelijke gezondheidszorg’ niet aan bod komen in deze bijdrage. Twee duidelijke voorbeelden zijn minderjarigen en slachtofferopvang; die, hoe relevant ook, omwille van een raakvlak met de rubrieken ‘maatschappelijke dienstverlening’ en ‘jeugdbescherming en bijzondere jeugdzorg’, buiten beschouwing worden gelaten. Anders dan in de bijdrage van CASSELMAN beperken we ons bewust *niet* tot het strafrecht en hebben we ook aandacht voor twee andere rechtstakken die in toenemende mate van belang zijn bij de forensische geestelijke gezondheidszorg, met name het burgerlijk recht (in het bijzonder de wet op de gedwongen opname) en het gezondheidsrecht (in het bijzonder de Wet Patiëntenrechten en de interne rechtspositie in de geestelijke gezondheidszorg) (VANDER LAENEN, WITTOUCK & AUDENAERT, 2015). De keuze voor een bespreking van de wet op de gedwongen opname is ingegeven door de vaststelling dat, mede door de des-institutionalisering van de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en de evolutie naar een risicosamenleving, mensen met een psychische kwetsbaarheid in crisis steeds vaker in contact komen met politie en justitie, en dat gedwongen opname hierbij soms als noodoplossing wordt gehanteerd (MISTIAEN *et al.*, 2019). De toenemende aandacht voor patiëntenrechten, met een focus op de autonomie van de patiënt en het problematiseren van de (frequente) toepassing van dwangmaatregelen, zeker voor personen in een forensische context (UNHCR, 2017), verantwoorden de bespreking ervan.

Ten tweede behouden we de opzet van CASSELMAN (2009) om te focussen op verschillende doelgroepen: geïnterneerden, gedetineerden, daders van seksuele misdrijven en druggebruikers komen aan bod. Vertrekken vanuit doelgroepen sluit bovendien aan bij een basisprincipe in de zorg: de link tussen het zorgaanbod en de (noden en behoeften van de) cliënt/patiënt. Zoals hierboven aangegeven komen ook de doelgroep van patiënten die gedwongen zijn opgenomen aan bod, net als het kader voor het toepassen van dwangmaatregelen in de GGZ (los van het juridisch statuut van een cliënt/patiënt).

Nieuw is ook dat deze bijdrage geschreven is door verschillende auteurs, elk gespecialiseerd in een deeldomein van de forensische GGZ. Deze keuze illustreert de specialisatie in dit domein, met alle voor- en nadelen van dien.

In deze bijdrage wordt geen gedetailleerde juridische analyse gebracht, noch een overzicht van de verschillende vormen van forensische GGZ. Wel wordt een algemene beschrijving gegeven van de (inter)nationale evoluties op het gebied van wetgeving en van de visie op en de organisatie van de zorg, doorspekt en afgerond met een aantal (blijvende) knelpunten/uitdagingen.

## **2. (INTERNATIONALE) ONTWIKKELINGEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

### *2.1. Het VN-verdrag inzake rechten van personen met een handicap*

De ontwikkelingen in de GGZ gaan overal ter wereld traag en krijgen weinig aandacht van de politieke wereld. Het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap da-

teert slechts van 2006, hetgeen België ratificeerde op 1 augustus 2009.<sup>1</sup> Dit verdrag geeft geen definitie van de term “handicap” maar wel een brede invulling: ook personen met langdurige psychische, intellectuele of fysieke problemen kunnen hierin worden opgenomen. “*Personen met een handicap worden [in deze Conventie] niet langer gezien als objecten maar als individuen met rechten, in staat om zelf beslissingen te nemen en als actieve burgers lid te zijn van de gemeenschap*” (VAN REMOORTEL, 2009: 66). Het VN Verdrag stelt zich verder op als katalysator om wereldwijd de rechten van alle personen met een handicap, personen met psychische problemen inclusief, te verdedigen en stigma te voorkomen. Dit Verdrag was en blijft de sleutel om overal ter wereld de rechten van personen met psychische problemen afdwingbaar te stellen. Hoe dan ook blijft het taboe en het stigma rond personen met psychische problemen wereldwijd een groot probleem (PATEL *et al.*, 2018). Al is er internationaal een tendens naar de-institutionalisering en vermaatschappelijking van de zorg, het taboe blijft de remmende factor in deze tendens.

## 2.2. Van een biomedisch ziektemodel naar een herstelmodel

Het biomedisch-psychiatrisch model wordt in toenemende mate bekritiseerd omdat het teveel focust op het *probleem* veeleer dan op de persoon achter de diagnose en zelfs leidt tot (verdere) stigmatisering. Een benadering die hierop internationaal steeds meer een antwoord biedt, is de herstelbenadering (AGA & VANDERPLASSCHEN, 2016). Hierbij vertrekt men van de capaciteiten, mogelijkheden en vaardigheden van individuen, veeleer dan van zijn of haar tekortkomingen of ‘stoornissen’. Deze invulling geeft ruimte aan personen in herstel om zelf doelstellingen te bepalen die voor hen belangrijk zijn en die niet noodzakelijk samenvallen met de objectieven van de hulpverlening of de maatschappij. Ten slotte wordt de focus verlegd van het individu naar de samenleving, aangezien geestelijke gezondheidsproblemen ook een maatschappelijk probleem zijn dat niet kan gereduceerd worden tot individuen en hun symptomen/problemen (VANDERPLASSCHEN & VANDER LAENEN, 2017). Een illustratie hiervan is een recent advies van de Hoge Gezondheidsraad (2019), dat binnen deze paradigmashift kan gesitueerd worden. De Hoge Gezondheidsraad beveelt immers aan classificatie-instrumenten zoals de DSM en de ICD terughoudend te behandelen bij het stellen van diagnoses, omdat “*een op (klinisch, persoonlijk en sociaal) herstel gebaseerde aanpak plaatst de symptomen beter in hun context en past interventies aan op basis van de waarden, affiniteiten en doelstellingen van de patiënten, in nauwe samenwerking met hen.*” (HGR, 2019: 1).

## 3. INTERNERING IN BELGIË: VOORZICHTIG HOOPVOL MET UITDAGINGEN VOOR DE TOEKOMST

De Belgische interneringsmaatregel werd jarenlang “de vergeetput van Justitie” genoemd. Sinds een eerste veroordeling in 1998 bleef België ook vanaf 2011 de veroordelingen door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) opstapelen. Toen er maar geen verbetering leek te komen in de Belgische gevangenissen, schakelde het Hof een versnelling hoger en sprak veroordelingen wegens onmenselijke behandeling uit (EHRM, 2013, 2014, 2016, 2017). Als reactie op deze veroordelingen besloot de wetgever in 2014 een nieuwe Interneringswet in het leven te roepen (BS 9 juli 2014). Die wet zou niet alleen de situatie van de geïnterneerde personen moeten aanpakken, maar ook de interneringsprocedure in het algemeen. Na een reparatie door de Potpourri III-wet trad de nieuwe Interneringswet in

<sup>1</sup> Voor ons land is het Agentschap UNIA (Interfederaal Agentschap voor personen met een handicap) belast met de opvolging en uitvoering.

werking op 1 oktober 2016 (BS 13 mei 2016). Kort voordien had het EHRM (2016) nog een laatste arrest tegen België geveld, waarin het ons land een respijtermijn van twee jaar gunde om orde op zaken te stellen. In het pilootarrest sprak het Hof van structurele problemen in het interneringsbeleid die België dringend moest aanpakken. In afwachting schortte het Hof een vijftigtal hangende zaken op. Ondertussen zijn we bijna drie jaar na het pilootarrest en de inwerkingtreding van de jongste Interneringswet. Heeft dit alles nu positieve veranderingen teweeggebracht? Op juridisch vlak valt de balans alvast positief uit. De wetgever maakte ten eerste de keuze om het toepassingsgebied van de zware beveiligingsmaatregel van de internering te beperken tot die feiten en personen die *werkelijk* een gevaar voor de maatschappij vormen. De internering is enkel mogelijk wanneer de betrokkene een feit heeft gepleegd dat de fysieke of psychische integriteit van derden aantast of bedreigt. Eenvoudige vermogenscriminaliteit is zo uit het toepassingsgebied gefilterd en moet via het algemeen strafrecht worden aangepakt. Hoewel de alternatieven voor de internering in die zaken vooralsnog ontoereikend zijn, is het alvast een vooruitgang dat personen met een psychiatrische problematiek niet langer voor onbepaalde duur kunnen worden onderworpen aan een zware beveiligingsmaatregel wanneer ze relatief lichte feiten hebben gepleegd.

In het vooronderzoek is de vooruitgang vooral vast te stellen bij het forensisch psychiatrisch onderzoek, dat verwettelijkt, professioneler en tegensprekelijk werd. Enkel psychiaters die houder zijn van de beroepstitel *forensisch psychiater* (MB 2015) en erkend zijn als gerechtsdeskundige (art. 991ter tot 991undecies Ger. W.) mogen het deskundigenonderzoek uitvoeren en moeten hun verslag opmaken volgens een vast model dat bij KB werd bepaald (KB 25 september 2018 tot uitvoering van artikel 5, §3, van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering 2018). De persoon die het onderwerp van een forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek uitmaakt, heeft het recht om zich tijdens dat onderzoek te laten bijstaan door een arts naar keuze, alsook een advocaat. De Orde der Artsen sprak zich expliciet uit tegen de aanwezigheid van advocaten bij deskundigheidsonderzoeken (NROA, 2017), hoewel dit recht volledig aansluit bij de evoluerende rechtspraak over het zwijgrecht en het recht om zichzelf niet te incrimineren bij onderzoekshandelingen die een persoonlijke inbreng van de verdachte vergen (EHRM, 2008, 2009, 2010a, 2010b). Ten slotte heeft de Interneringswet tegenspraak bij het forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek ingebouwd. De gerechtsdeskundige moet na zijn onderzoek een voorverslag opstellen voor de advocaat van de verdediging en het openbaar ministerie. De advocaat mag hier opmerkingen over maken, die de deskundige dient te beantwoorden in het definitieve verslag. Dit alles kan enkel bijdragen tot meer gefundeerde interneringsbeslissingen.

De focus op professionele beslissingen rond de internering is doorgetrokken naar de uitvoeringsfase, die in handen van de Kamers voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) binnen de strafuitvoeringsrechtbanken is gelegd. De uitvoeringsfase van de internering houdt rekening met het fundamentele recht op zorg van de geïnterneerde persoon, in balans met de bescherming van de maatschappij. De procedures laten toe om flexibel in te spelen op de mogelijk snel veranderende noden tijdens het zorgtraject.

Belangrijk is ook dat de Interneringswet een onmiskenbaar recht op zorg voor de geïnterneerde persoon heeft verankerd en een duidelijke definitie van de maatregel formuleert. Dit is meer dan loutere semantiek: vanuit die filosofie verbiedt de Interneringswet nog langer geïnterneerde personen op te sluiten in de gevangenis, met slechts de mogelijkheid om dit uitzonderlijk en tijdelijk te doen in de psychiatrische annex. In alle andere gevallen moeten geïnterneerde personen via plaatsing terecht komen in een inrichting of afdeling voor de bescherming van de maatschappij, een forensisch psychiatrisch centrum, of een inrichting

die in staat is de gepaste zorgen te bieden en een samenwerkingsovereenkomst<sup>2</sup> inzake de plaatsing heeft afgesloten. Daarnaast kunnen inrichtingen uit de reguliere geestelijke gezondheidszorg in het kader van een invrijheidstelling op proef ook geïnterneerde personen opvangen. Met de oprichting van de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) in Gent (2014) en Antwerpen (2017) en de samenwerkingsovereenkomsten met inrichtingen, konden al een aanzienlijk aantal geïnterneerden de gevangenis verlaten (SEYNNAEVE, GOYENS & DHEEDENE, 2018). Er werden ook samenwerkingsovereenkomsten gesloten met inrichtingen voor de plaatsing van personen met specifieke profielen, zoals de afdelingen voor niet-reïntegreerbare geïnterneerde personen met een hoog veiligheidsrisico (longstay), voor geïnterneerde personen met een licht verstandelijke beperking, en voor vrouwelijke geïnterneerden.

Na een vernietigend rapport van een bezoek in 2013 dat de toestand van geïnterneerden aankaartte (CPT, 2013), bezocht het Foltercomité ons land opnieuw in 2017 en deed onder meer het FPC in Gent aan (CPT, 2018). Het Foltercomité beoordeelde dit centrum positief. De verzorging in het centrum scoorde zeer goed: de zorgtrajecten zijn individueel uitgewerkt, er is een gevarieerd aanbod van behandelingen die kunnen bijgestuurd worden dankzij een zesmaandelijke evaluatie. Wat betreft de situatie van de overgebleven geïnterneerde personen in de gevangenissen, kon het Foltercomité echter nog geen goed nieuws brengen. Het CPT bezocht de psychiatrische afdelingen in de gevangenissen van Sint-Gillis, Lantin en Brugge, en stelde daar nog steeds dezelfde structurele problemen vast die een gebrek aan psychiatrische behandeling tot gevolg hebben: onvoldoende en onopgeleid personeel, afwezigheid van pluri-disciplinaire zorgteams, gebrek aan therapeutische activiteiten, afwezigheid van individuele zorgtrajecten, focus op medicamenteuze behandeling, etc. Er was ditmaal geen bezoek aan de afdelingen en inrichtingen voor sociaal verweer, maar de negatieve bevindingen van het Foltercomité bij het vorige bezoek zijn waarschijnlijk nog steeds actueel. Hier is dus nog veel ruimte voor verbetering, die er hopelijk komt wanneer het Masterplan Internering uitwerking krijgt dat opvangplaatsen voor nog eens een 900-tal geïnterneerden zou kunnen bieden.

Om af te sluiten nog een korte kanttekening bij alle positieve aandacht die de afgelopen jaren naar de situatie en noden van geïnterneerde personen is gegaan, die jammer genoeg geen deel uitmaakte van een overkoepelende focus op GGZ in de gevangenissen of algemeen bij de aanpak van criminaliteit gepleegd door personen met psychiatrische problemen.<sup>3</sup> De mogelijkheid om een behandeling te krijgen, is afhankelijk van het statuut waarin een dader terecht komt. Een veroordeelde dader met een psychiatrische problematiek trekt aan het kortste eind, want de behandelingsmogelijkheden zijn vooral gekoppeld aan het interneringsstatuut. De FPC's zijn niet opgericht voor de opname van veroordeelden en ook de samenwerkingsovereenkomsten met de psychiatrische inrichtingen zijn specifiek voor geïnterneerde personen afgesloten. Veroordeelde personen met psychiatrische problemen blijven aangewezen op – vrijwel onbestaande – behandeling in de gevangenis of de hoop op een opname in een bereidwillige psychiatrische inrichting. De alternatieve afhandelingsmethoden zoals bemiddeling en maatregelen en probatie bieden te weinig mogelijkheden om psychiatrische problemen te behandelen. Wie een psychiatrische problematiek heeft,

- 2 In de overeenkomst wordt vastgelegd hoeveel geïnterneerde personen minimaal onder de vorm van plaatsing kunnen worden opgenomen in de inrichting, voor welke profielen de plaatsing mogelijk is, de procedure voor de plaatsing en de eventueel financiële tegemoetkoming door de federale Staat voor de kosten van beveiliging.
- 3 Door de verenging van het toepassingsgebied van de internering, groeit de groep van daders met een psychiatrische aandoening onder de veroordeelden.

maar toch niet in aanmerking komt voor internering, dreigt zo tussen twee stoelen te vallen en gaat een erg moeilijk re-integratieproces tegemoet. Voor de geïnterneerde personen is een hoopvolle vooruitgang geboekt, maar nu is er werk aan de winkel om een strafrechtelijk beleid te ontwikkelen waarin het recht op psychiatrische zorg voor iedere dader kan worden gegarandeerd.

#### **4. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN DETENTIE: STAPJES IN DE GOEDE RICHTING**

Sinds jaren wordt de noodzaak aan GGZ in detentie aangekaart en erkend. De cijfers liegen er niet om: tijdens de detentieperiode rapporteert één op drie van de gedetineerden in Vlaanderen ernstige psychische klachten (FAVRIL, VANDER LAENEN & AUDENAERT, 2017) en het gebruik van illegale drugs (FAVRIL & VANDER LAENEN, 2018).

##### *4.1. Stappen vooruit*

Er zijn de laatste 10 jaar stappen vooruit gezet, zowel op beleids- als wetgevend vlak, op federaal en op Vlaams niveau. Een eerste stap situeert zich op beleidsniveau, met name de plannen voor een overheveling van de gezondheidszorg in detentie van de Minister van Justitie naar de Minister van Volksgezondheid. In het kader van deze plannen bracht het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2017 een rapport uit om de huidige zorgorganisatie in de gevangenissen in kaart te brengen en hervormingsvoorstellen te formuleren. Een centrale aanbeveling was om penitentiaire gezondheidszorg in de reguliere gezondheidszorg te integreren (MISTIAEN *et al.*, 2017). Rond GGZ stelt het KCE voor om gedetineerden met een minder ernstige psychiatrische problematiek te behandelen door een interdisciplinair eerstelijnssteam terwijl voor gedetineerden met een complexere en ernstige psychiatrische problematiek beroep zou moeten worden gedaan op externe gespecialiseerde psychiatrische teams. Verder herhaalt de KCE studie de noodzaak meer aandacht te besteden aan het veelvuldig medicatiegebruik en aan de nood aan meer drughulpverlening in detentie (FAVRIL & VANDER LAENEN, 2017). De centrale aanbeveling rond overheveling is niet in dovemans oren gevallen: in de loop van 2019 wordt in werkgroepen, op federaal en regionaal niveau, volop deze overheveling en de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg voorbereid. Zonder twijfel zal de realisatie, en vooral de financiering, voer zijn voor de volgende Federale en regionale regering(sonderhandelingen).

Op wetgevend vlak werden, in de zomer van 2018, de bepalingen rond gezondheidszorg in detentie uit de Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden (art. 87-101) gewijzigd (Wet van 11 juli 2018 houdende diverse bepalingen in strafzaken, BS 18 juli 2018). Met deze wijziging wil de wetgever “*de eerste stappen [zetten] naar een integratie van de penitentiaire gezondheidszorg in de reguliere gezondheidszorg*”.<sup>4</sup> De gelijkwaardigheid van de gezondheidszorg in detentie stond al in de Basiswet; door de wijzigingen krijgt deze gelijkwaardigheid nog meer nadruk. De wijziging van de Basiswet heeft een belangrijke verdienste: de Memorie van Toelichting stelt expliciet dat de Wet patiëntenrechten van 2002 (BS 22 augustus 2002), waarbij onder meer de geïnformeerde toestemming en de autonomie van de patiënt centraal staat, ook geldt voor patiënten die gedetineerd zijn (VANDER LAENEN & EECHAUDT, 2018).

Ook op Vlaams niveau zijn beleids- en wetgevende stappen gezet. Vanaf 2008 werd het strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (hierna STRAP) stapsgewijs

4 Wetsontwerp houdende diverse bepalingen in strafzaken, Parl.St. Kamer 2017-18, nr. 2969/1, p. 5.

uitgerold in alle Vlaamse en Brusselse gevangenissen. In 2013 werd het STRAP decreetaal verankerd (BS 11 april 2013). Elke legislatuur wordt een nieuw STRAP opgemaakt. Eén van de beleidsdomeinen is de GGZ. In 2008 werden daartoe 16 voltijdse personeelsleden vrijgemaakt binnen de ambulante Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Het meest recente STRAP 2015-2020 dateert van 2015 (Vlaamse Regering, 2015). In dit plan zijn strategische doelstellingen bepaald rond de nood aan GGZ en aan drughulpverlening. Het gebrek aan een toereikend zorgaanbod wordt erin expliciet erkend (CLAES & BROSENS, 2015). Zorgnet-Icuro onderzocht in 2018-2019 in welke mate het huidige CGG-aanbod tegemoet kan komen aan de reële zorgnood rond mentale gezondheid in de Vlaamse en Brusselse gevangenissen. De nota besluit dat de nood aan GGZ hoog is en ruimschoots de beschikbare CGG-hulpverleningscapaciteit overschrijdt. Zorgnet-Icuro bepleit dat *“Op basis van de hierboven beschreven kloofanalyse is een verviervoudiging van de huidige capaciteit van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in het kader van het strategisch plan zeker noodzakelijk.”* (ZORGNET-ICURO, 2019: 23). Ook wat betreft drughulpverlening wordt sinds lang het ontbreken van een volwaardig aanbod in detentie aangekaart. Met uitzondering van substitutiemedicatie in alle gevangenissen, hebben slechts enkele Vlaamse gevangenissen een hulpverleningsaanbod voor enkele tientallen drugsgebruikers (zoals de drugvrije afdeling in Brugge en in Hasselt en het therapeutisch drugsvrije B.Leave-programma in Ruiselede) (VANDER LAENEN *et al.*, 2017). Het pilootproject van eind 2017 van Minister DE BLOCK om een drughulpverleningsmodel uit te testen in drie gevangenissen (onder meer in de gevangenis van Hasselt), om *“de randvoorwaarden en praktische vereisten voor een uitrol van dit model in alle penitentiaire instellingen duidelijk [te] maken”*, lijkt – op termijn – beloftevol.

#### 4.2. En nu de uitvoering en de centen

Ondanks de positieve evoluties, of op zijn minst de erkenning van de noodzaak aan evolutie, zijn kanttekeningen op hun plaats.

Wettelijk gezien blijft het nog wachten op een KB dat de inwerkingtreding regelt van een aantal belangrijke bepalingen in de Basiswet die een gelijkwaardige gezondheidszorg waarborgen. Ook moet nog werk gemaakt worden van een centrale aanbeveling van het KCE-rapport, dat het sluitstuk moet vormen voor een volwaardige integratie van de penitentiaire gezondheidszorg in de reguliere gezondheidszorg. Gedetineerden, zoals burgers in de vrije samenleving, zouden moeten kunnen genieten van de algemene ziekteverzekering (VANDER LAENEN & EECKHAUDT, 2018; VINCK *et al.*, 2018). Het KCE-rapport over de gezondheidszorg in detentie haalt bovendien terecht een belangrijke randvoorwaarde aan, die wel eens de achilleshiel van de penitentiaire gezondheidszorg zou kunnen blijken, dat *“de nodige budgettaire maatregelen voor deze overdracht [van de Justitie naar Volksgezondheid] en voor de optimalisatie/reorganisatie van de zorg genomen [moeten] worden.”* (MISTIAEN *et al.*, 2017: 41).

Een complicerende factor hierbij is dat Vlaanderen met de zesde staatshervorming in 2014 exclusief bevoegd werd voor de preventieve en eerstelijnsgezondheidszorg en voor de gespecialiseerde drughulpverlening. De communautarising noodzaakt dan ook, meer dan ooit, een goede samenwerking tussen beleidsniveaus (CLAES & BROSENS, 2015). De communautarisering van de drughulpverlening heeft zelfs geleid tot het verder beperken van het al beperkte aanbod voor problematische druggebruikers. Tussen 2011 en 2016 werden immers in de Vlaamse en Brusselse gevangenissen centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers georganiseerd. Bij de communautarisering van de (drug)hulpverlening werden die centrale aanmeldingspunten niet overgedragen naar de gemeenschappen en werd hun

werking in 2016 stopgezet. In 2017 werd vanuit de Vlaamse Gemeenschap opnieuw gestart met centrale aanmeldingspunten. De doelgroep werd wel substantieel verruimd, van druggebruikers, naar *alle* gedetineerden met een GGZ-probleem bij het ondersteunen van het vinden van gepaste zorg- en hulpverlening na detentie. De financiële middelen die daartoe worden voorzien bleven echter ongewijzigd. Het gevolg laat zich raden: lange wachtlijsten (POPOVGGZ, 2019). Een volwaardig zorgaanbod voor alle gedetineerden met psychische en met drugproblemen zal hoe dan ook extra middelen vragen, nog los van de (politieke) discussie wie daarvoor moet en wil betalen.

De impact van de besparingen binnen justitie en de stakingen van de laatste jaren hebben een negatieve impact gehad op het personeel(sbestand) en op de mogelijkheid om het zorgaanbod te blijven garanderen in detentie. Het – grotendeels – verdwijnen van geïnterneerde personen geeft ademruimte aan de zorgverstrekkers om zich meer te focussen op de grote groep van gedetineerden met psychische problemen. Waakzaamheid blijft echter geboden dat, wanneer de druk vanuit het EHRM afneemt, hiermee ook niet de aandacht voor de nood aan geestelijke gezondheidszorg naar de achtergrond verdwijnt.

## **5. DE BEGELEIDING EN BEHANDELING VAN DADERS VAN SEKSUEEL MISBRUIK: OP EEN KANTELPUNT?**

### *5.1. Het samenwerkingsakkoord als werkkader*

De federale Staat tekende in 1998 met de Vlaamse Gemeenschap een samenwerkingsakkoord inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik (BS 11 september 1999). Het tweesporenbeleid inzake de aanpak van daders van seksueel misbruik werd via de samenwerkingsakkoorden (Vlaams, Waals en Brussels) verankerd. Dit beleid is gericht op zowel (1) het *straffen* van volwassen daders van seksueel misbruik, als (2) het aanbieden van gepaste *hulpverlening* (DILLEN, COSYNS, & KLERKX, 2000). Justitie staat hierbij in voor het toepassen van de wet, de bescherming van de maatschappij en de zinvolle invulling van de straf, terwijl de gezondheidszorg en het welzijnswerk instaan voor de gespecialiseerde hulpverlening. Dit tweesporenbeleid vertaalt zich in de praktijk door middel van een prestatieverbintenis, waarin afspraken omtrent de samenwerking en informatieuitwisseling tussen justitie en hulpverlening worden omschreven en de justitieassistent als scharnierfunctie fungeert (COSYNS, DE DONCKER, & OOSTVOGELS, 2000).

Tien jaar na de totstandkoming van het Vlaams samenwerkingsakkoord werd een evaluatie uitgevoerd. De conclusie was dat het akkoord bijdroeg aan een verbeterde samenwerking tussen de betrokken partners, toch werden ook heel wat tekortkomingen geformuleerd. De moeizame informatieoverdracht tussen justitie en de hulpverlening, het gebrek aan uniforme adviesverlening voor seksuele daders, het ontbreken van een intra-penitentiair therapeutisch aanbod en een tekort aan hulp voor specifieke doelgroepen (zoals vrouwelijke zedendaders, plegers met een (mentale) beperking, plegers met een hoog risico op recidive, plegers met een antisociale problematiek of psychopathie en allochtone plegers) zorgden voor moeilijkheden in het werkveld. Daarnaast bleek dat enkele behandelinitiatieven voor seksuele daders, die reeds bestonden voor de totstandkoming van het samenwerkingsakkoord, niet in het samenwerkingsakkoord waren opgenomen (RAES, DELADRIERE, SIVRI, TAEYMANS, & GAZAN, 2010).

Doorheen de tijd ontstonden ook verschillende nieuwe behandelinitiatieven, zoals het gespecialiseerde residentiële hulpaanbod gericht op seksuele daders. Tot slot zorgde de zesde



staats hervorming in 2014 voor een herverdeling van bevoegdheden. Deze nieuwe wetgevend- en beleidsinitiatieven hebben het landschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik uitgebreid en hertekend. Een hervorming van het samenwerkingsakkoord dringt zich dan ook op.

## 5.2. Recente evoluties

Er kwam de laatste jaren meer politieke en maatschappelijke druk om ook preventief met seksueel misbruik aan de slag te gaan.<sup>5</sup> De Vlaamse Gemeenschap heeft hierin specifieke initiatieven genomen, zoals het project *Stop it Now!* in mei 2017. *Stop it Now!* staat als breder preventieproject in voor de sensibilisering en maatschappelijke beeldvorming aangaande de preventie van seksueel kindermisbruik en richt zich door middel van een anonieme en vertrouwelijke hulplijn tot de doelgroepen die vaak gestigmatiseerd zijn en/of (potentiële) risico's vormen. Mensen die zich zorgen maken over hun seksuele gevoelens en/of gedrag ten aanzien van minderjarigen en hun omgeving kunnen hierbij terecht. *Stop it Now!* fungeert daarbij tevens als laagdrempelige toegangspoort naar de gespecialiseerde hulpverlening (DE BOECK, 2019).

Naast het gesubsidieerde aanbod voor daders van seksueel misbruik met een juridisch statuut hebben alle ambulante behandelcentra, erkend in het samenwerkingsakkoord, nu ook een aanbod voor niet-justitiële kaders. Hierbij staat men open voor aanmeldingen op eigen initiatief waarbij vraag is naar preventieve hulp. Dit kan gaan over bezorgdheden omtrent seksuele gevoelens, of het stellen van (strafbaar) gedrag, waarbij de plegers (nog) niet gevat werden door justitie. Gezien het hoge *dark number* bereiken de gespecialiseerde behandelcentra hierdoor een groep die anders onder de radar zou blijven. De gespecialiseerde centra leveren door het bieden van niet-justitiële hulp dan ook een belangrijke bijdrage (TABACHNICK, 2013).

Enkele misdrijf-specifieke kenmerken bij seksueel geweld kunnen zorgen voor de nood aan herstel door middel van bemiddeling bij dader en slachtoffer, en dit naast een gerechtelijke afhandeling. Sinds de wet in 2005 (BS 27 juli 2005) is dader-slachtofferbemiddeling mogelijk (VAN CAMP, CLAES, & VAN ROEYEN, 2014). Bovendien kwam recent meer specifieke aandacht voor herstel bij seksuele misdrijven. Zo startte de organisatie 'Moderator' met een project waarbij slachtoffers, niet-gerelateerde daders van seksueel geweld en geïnteresseerde burgers de kans krijgen met elkaar in dialoog te treden en is er meer en meer aandacht voor het betrekken van de sociale omgeving bij de begeleiding en behandeling van seksuele daders. Deze en andere herstelgerichte initiatieven, specifiek voor zedendaders, illustreren de nood aan en het belang van herstel bij seksuele misdrijven.

In het kader van ondersteuning en nazorg voor daders in het algemeen werd ook initiatief genomen, meer specifiek voor daders van seksueel misbruik. Met een netwerk van vrijwilligers biedt het *Cirkels ter Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid* (COSA) project sinds 2011 sociale en praktische ondersteuning aan daders van seksueel misbruik met een gemiddeld tot hoog risico, met als doel om deze daders te helpen integreren in de samenleving. COSA kan worden opgestart aanvullend bij verschillende strafuitvoeringsmodaliteiten na detentie of bij een alternatieve straf of maatregel bij daders in vrijheid.

5 Europees Parlement en Raad (2011). EU-Richtlijn ter bestrijding van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting van kinderen en kinderpornografie. 2011/92/EU van het EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 13 december 2011.

Bovendien is COSA ook beschikbaar voor daders die reeds strafeinde hebben bekomen maar moeilijkheden ervaren bij hun terugkeer in de maatschappij (TAEYMANS & SIVRI, 2014).

### 5.3. *Op een kantelpunt: uitdagingen voor de toekomst*

Ondanks positieve evoluties en het waardevol justitieel kader van het samenwerkingsakkoord, heeft de evaluatie heel wat hiaten geformuleerd in de aanpak en benadering van de doelgroep. Daarnaast is het landschap, ten gevolge van de zesde staats hervorming en enkele beleidsontwikkelingen (zoals de zorg voor seksuele delinquenten buiten het werkkader van het samenwerkingsakkoord) gedeeltelijk hertekend. Een inhoudelijke en financiële herziening van het samenwerkingsakkoord dringt zich dan ook op. Toch zijn er op wetgevend vlak weinig vorderingen merkbaar.

Naast het opvullen van de hiaten in het hulpaanbod voor specifieke doelgroepen bij de daders van seksueel misbruik dient het hulpverlenend landschap verder te worden afgestemd en gestroomlijnd. Specifieke aandacht voor de problematiek waarbij daders op strafeinde letterlijk op straat komen te staan, zonder enige opvolging en controle, is nodig alsook voor het gebrek aan (pre)-therapeutische gespecialiseerde zorg in de gevangenissen. Verder wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit, noden en kwaliteit is bovendien essentieel om de aanpak en behandeling van deze doelgroep *evidence-based* te kunnen uitoefenen, alsook om specifieke vorming en training te kunnen voorzien om de nodige expertise te kunnen verlenen in het gespecialiseerd aanbod voor zedendaders. Daarnaast is het blijvend gebrek aan kwalitatieve en deskundige adviesverlening inzake het risico van daders van seksueel misbruik, en de daarmee gepaard gaande begeleidings- of behandelnoten, betreurenswaardig. Na 20 jaar samenwerkingsakkoorden staan we dan ook duidelijk op een kantelpunt: een warme – maar dringende – oproep aan beleidsmakers om de reeds genomen initiatieven verder te zetten en een hertekend samenwerkingsakkoord uit te werken dat rekening houdt met lessen uit het verleden en actuele tendensen. Alleen dan kan een gedragen beleidskader ontwikkeld worden inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik.

## **6. DRUGGEBRUIKERS: VOORUITGANG EN (VOORLOPIG) STILSTAAN**

### 6.1. *Volop inzetten op alternatieve afhandeling voor druggebruikers*

De basis voor het Belgische drugbeleid was, en is, de Federale Drugsnota van 2001 (gebaseerd op de aanbevelingen van de Parlementaire werkgroep Drugs uit de jaren '90). De actualisering van de Federale Drugsnota kwam er in 2010 met de Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële conferentie Drugs. Deze verklaring bevestigt de krachtlijnen van de Federale Drugsnota met onder andere het geïntegreerd drugsbeleid, een gediversifieerd hulpverleningsaanbod en de ultimatum remedium-filosofie voor een strafrechtelijke interventie naar problematische druggebruikers. Het drugprobleem is in de eerste plaats een probleem van volksgezondheid. Problematische druggebruikers die voor druggerelateerde criminaliteit in de strafrechtsketen terecht komen, dienen immers zoveel mogelijk naar de drughulpverlening te worden doorverwezen (DE RUYVER, 2017). Deze principes worden ook internationaal ondersteund en bepleit (CSETE, 2016; UNODC, 2018). Op de diverse echelons van de strafrechtsbedeling werden dan ook verschillende doorverwijsmogelijkheden gecreëerd naar de drughulpverlening: onder meer op het niveau van politie, het therapeutisch advies (e.g. het 'POL'-project politie Mechelen); op het niveau van het parket, de pretoriaanse probatie en bemiddeling in strafzaken (e.g. het project 'Proefzorg' in de

afdelingen Gent, Oudenaarde en Dendermonde en het 'CLEAN'-project in Brugge); en op het niveau van de rechtbank, opschorting of uitstel onder probatie(voorwaarden) (e.g. de Drugbehandelingskamer in Gent en het Drugbehandelingstraject in Brugge). Doorverwijzingen vanuit justitie naar de drughulpverlening blijken niet altijd vlot te verlopen, hoewel beide sectoren elkaar de afgelopen jaren steeds beter weten te vinden. Toch is, vooral, maar niet uitsluitend binnen de residentiële drughulpverlening, sprake van wachtlijsten, mede als gevolg van de toename van het aantal doorverwijzingen vanuit justitie (VANDER LAENEN & VANDERPLASSCHEN, 2016).

## 6.2. De communautarisering van de drughulpverlening en de inkanteling in de geestelijke gezondheidszorg: een geïntegreerd drugbeleid onder druk

De zesde staatshervorming heeft een belangrijke impact (gehad) op de gespecialiseerde drughulpverlening. Die drughulpverlening werd immers de exclusieve bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, terwijl de zorg voor druggebruikers in de (psychiatrische) ziekenhuizen federale bevoegdheid is gebleven. De bevoegde Vlaamse Minister heeft deze communautarisering immers aangegrepen om de verslavingszorg in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg 'in te kantelen'. Dat het de Minister menens is blijkt onder meer uit het nieuwe decreet op de geestelijke gezondheidszorg (BS 17 mei 2019). Dit decreet bepaalt expliciet dat verslaving een onderdeel is van psychische zorgnoden.

De inkanteling biedt opportunititeiten om een geïntegreerd GGZ-beleid te ontwikkelen. Het zorgt ook voor het gevaar dat de aandacht voor de drugproblematiek en voor druggebruikers in de bredere GGZ onder druk komt te staan, zeker wanneer het justitiecliënten betreft. Bovendien zorgt de inkanteling niet voor het verdwijnen van de drempels binnen de reguliere (G)GZ, de welzijnssector (ook op de eerste lijn) en de dienstverlening voor mensen met een verslavingsproblematiek (VANDER LAENEN, 2016).

De communautarising heeft ook geleid tot het centraal stellen van een brede invulling van herstel als beleidsdoelstelling voor verslavingszorg en -preventie (VANDEURZEN, 2015). Door deze brede invulling ligt de focus immers niet langer op interventies door professionelen als de voornaamste weg naar herstel. De aandacht voor persoonlijk herstel biedt plaats aan ervaringsdeskundigheid, naast professionele kunde en theoretisch-wetenschappelijke kennis (VAN DER STEL, 2013). In de conceptnota Verslavingszorg (VANDEURZEN, 2015) wordt ook expliciet aandacht besteed aan de samenwerking tussen de drughulpverlening en justitie en aan de nood aan een integrale en geïntegreerde benadering van middelenmisbruik. De strafrechtelijke interventie als *ultimum remedium* en het voorzien van doorverwijzingsmogelijkheden op de diverse echelons van de strafrechtsbedeling wordt herhaald. Deze brede invulling van herstel is een belangrijke vernieuwing. Toch blijft het gebrek aan structurele financiering, vooral van projecten en organisaties die werken met justitiecliënten, een belangrijk pijnpunt (VAD, 2018). Bovendien is verder overleg tussen het Vlaamse en het federaal niveau meer dan ooit noodzakelijk.

Op Vlaams niveau heeft de communautarisering geleid tot een beleidskader dat inzet op herstel. Op federaal niveau wordt het beleidskader nog steeds bepaald in de Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële conferentie Drugs van 2010. Een nieuwe Gemeenschappelijke verklaring kwam er nog niet; wel een overzicht van realisaties voor de periode 2014-2019 van de Algemene Cel Drugs (ACD, 2019). In dit overzicht wordt beperkt verwezen naar de drughulpverlening onder druk van justitie; een uitzondering daarop vormt een verwijzing naar de pilootprojecten rond drughulpverlening in de gevangenis

van Minister De Block (cf. supra, punt 4). Het is duidelijk dat er nood is aan een nieuwe Gemeenschappelijke verklaring drugs, na een grondige evaluatie van de Gemeenschappelijke verklaring van 2010 (VAD, 2018). Deze actualisering zal toelaten rekening te houden met de evoluties op het terrein. Bij deze actualisering verdienen zowel de nieuwe verhoudingen tussen de bevoegde overheden, als de herstelbenadering, als de plaats van de drughulpverlening binnen (de vermaatschappelijking van) de GGZ een centrale plaats.

## 7. GEDWONGEN OPNAME

### 7.1. 30 jaar wet gedwongen opname

De gedwongen opname van psychiatrische patiënten wordt geregeld door een wet die in 2020 dertig jaar oud wordt: de wet van 26 juni 1990 (BS 27 juli 1990). De wet draagt de wat eufemistische titel “*wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke*” (hierna WBPG), maar regelt toch de mogelijkheid om die geesteszieke gedwongen op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis, zelfs indien die persoon dat niet wenst of zelfs actief tracht te vermijden. De term “*gedwongen opneming*” is nochtans niet terug te vinden in de wet. De maatregelen worden er met eenzelfde verhullend eufemisme omschreven als “*opneming ter observatie*”, “*verder verblijf*” of “*nazorg*”.

De WBPG was in 1990 zeker een breuk met de paternalistische of zelfs autoritaire traditie waarbij een psychiatrische patiënt op basis van het advies van één arts en zonder gewaarborgd recht om gehoord te worden langdurig kon “gecolloqueerd” worden via een administratieve procedure op basis van de ‘*Krankzinnigenwet*’, die in een eerste versie aangenomen werd in 1850. Die voorzag de mogelijkheid tot gedwongen opname via een verzoek van een arts aan de burgermeester, de deputatie of de gouverneur. Systematische rechterlijke controle was niet voorzien; enkel een toetsing achteraf indien dit gevraagd werd door de opgenomen persoon. De nieuwe wet voorzag een reeks procedurele waarborgen en een verplichte, voorafgaande rechterlijke controle. De wet laat de gedwongen opname enkel toe indien dit vereist is voor de bescherming van de patiënt zelf (zoals bij een risico op suicide of automutilatie) of indien de patiënt een ernstige bedreiging vormt voor de integriteit van een ander persoon. Die bedreiging kan zich voordoen bij dreigend partnergeweld of bij escalerende burenruzies. De beschermingsmaatregelen zijn in beginsel enkel toegelaten “*bij gebreke van enige geschikte behandeling*”. Dit zogenaamde subsidiariteitscriterium houdt in dat steeds voorrang moet gegeven worden aan vrijwillige of ambulante behandeling boven de gedwongen opname in een ziekenhuis.

In de praktijk ziet men dat het aantal gedwongen opnames gestaag stijgt (in Vlaanderen bijvoorbeeld van 2.444 nieuwe opnames in 2007 naar 3.605 in 2016; ZORGINSPECTIE, 2018) en dat meer dan eens naar de gedwongen opname gegrepen wordt omdat door de toenemende selectiviteit in de hulpverlening of soms zelfs door een gebrek aan capaciteit geen alternatief gevonden wordt of minstens geen alternatief dat voldoende snel beschikbaar is.

Uit de praktijk blijkt ook dat de spoedprocedure, die bedoeld was als uitzondering, zeer vaak gebruikt wordt en dat de standaardprocedure de uitzondering is geworden. Uit de statistieken van de Vlaamse Zorginspectie blijkt dat in 2016 de spoedprocedure werd gevolgd in 86 procent van alle gevallen. Indien de opname gevraagd wordt voor situaties van acute dreiging, is dat ook niet abnormaal. De gewone procedure kan twee weken duren en bevat een reeks administratieve stappen die niet aangepast zijn voor zware depressieve patiënten met suïcidale tendensen of voor mensen die zich in het hoogtepunt van een paranoïde schi-

zofrenie bedreigd voelen en mogelijk zeer agressief en onvoorspelbaar kunnen reageren op sommige prikkels.

Hoewel de wet een aantal knelpunten kent (in het bijzonder de onvoldoende uitgewerkte regeling van de medische toetsing bij de aanvang van de procedure, het gebrek aan een basis voor een kortstondige observatie na een incident, en de nauwelijks uitgewerkte basis voor de behandeling tijdens de gedwongen opname) werden tijdens de voorbije dertig jaar weinig wijzigingen aangebracht aan de wet. De belangrijkste wijzigingen kwamen er in 2017 (BS 20 februari 2017). Het aantal personen dat moet gehoord worden bij de start van de opname werd sterk uitgebreid zodat de hele “context” moet betrokken worden. Daarnaast moet een reeks betrokkenen verwittigd worden als de patiënt de instelling mag verlaten of als de beschermingsmaatregel beëindigd wordt. Naar aanleiding van een dramatisch incident met een gedwongen opgenomen persoon die onverwacht opnieuw thuis verscheen, is nu voorzien dat de directeur een hele reeks personen moet verwittigen als de patiënt (zelfs al is het maar kort en onder voorwaarden) de instelling mag verlaten. Er moeten dan brieven gestuurd worden aan de rechter, de procureur, de persoon die de opname heeft gevraagd, de wettelijk vertegenwoordiger, de echtgenoot, de wettelijk samenwonende of de persoon met wie de patiënt een feitelijk gezin vormt. Deze nieuwe verplichtingen leiden tot veel discussie. Zij leiden tot een verwittiging en waarschuwing van de omgeving, maar kunnen ook de re-integratie afremmen. De vrij grote werklast die samenhangt met het zelfs kortstondig verlaten van de instelling kan remmend en demotiverend werken voor de medewerkers die betrokken zijn bij de organisatie van het verlaten van de instelling en zo onrechtstreeks doorwerken op de artsen die hierover beslissen of adviseren.

## 7.2. Naar een structurele hervorming van de wet

Naast deze punctuele wijzigingen is er binnen de sector vraag om een meer diepgaande hervorming. Deze werd in 2018 en 2019 voorbereid door een multidisciplinaire werkgroep, opgericht door de Minister van Justitie, onder het voorzitterschap van Raf De Rycke. De werkgroep werkte de aanbevelingen van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen verder uit en wil aan de Minister van Justitie de kans geven om aan het nieuwe parlement een uitgewerkt en breed gedragen wetsontwerp voor te leggen (DECROYNAERE, 2019).

Zo zou de “beschermende opname” enkel nog mogelijk zijn na een observatieperiode van maximum 48 uur. De medische beoordeling zou geprofessionaliseerd worden, met een modelverslag en een goed uitgewerkte definitie van het concept psychiatrische aandoening. Op die manier wordt nog duidelijker dat niet naar de gedwongen opname moet gegrepen worden in het kader van acute verslavingsproblemen of onbehandelbare persoonlijkheidsstoornissen.

Ook voor de opname zelf en alle maatregelen die aangewezen zijn voor een spoedige terugkeer naar een vrijwillige en geïntegreerde behandeling worden meerdere voorstellen geformuleerd.

De moeilijke problematiek van het gebrek aan een duidelijke juridische basis voor vrijheidsbeperkende maatregelen en de bestaande vormen van dwang en drang in de zorg wordt in de voorstellen van deze werkgroep niet behandeld; daar wordt infra grondiger op ingegaan.

## 8. EEN HEIKEL THEMA IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG: DE INTERNE RECHTSPOSITIE

Meermaals is vastgesteld dat een duidelijke interne rechtspositie in de GGZ ontbreekt (ROTHIER & SERVAES, 2012; LEMMENS, 2014; VANDER BEKEN & VANDER LAENEN, 2017). Dit geldt niet enkel voor patiënten die vrijwillig in een voorziening verblijven, maar ook bij een gedwongen opname of een internering. Veelal zijn enkel de rechten van de patiënt verankerd, maar zijn de beperkingen erop niet geregeld. Nochtans zijn net deze beperkingen belangrijk: in ons op autonomie gebaseerde rechtskader heeft een GGZ-voorziening zonder wettelijke grondslag *niet* de bevoegdheid om de patiënt onder dwang te behandelen, noch om – behoudens noodtoestand – de vrijheid van de patiënt te beperken in het belang van derden of van de patiënt zelf. Het autonomiebeginsel, dat onder meer in de Wet Patiëntenrechten verankerd is, staat hieraan in de weg (OPGENHAFFEN, 2019).

Dit maakt individuele beperkingen op de vrijheid van de patiënt, bijvoorbeeld de toepassing van fysieke dwangmaatregelen, maar ook bijvoorbeeld het opleggen van een communicatieverbod, vanuit juridisch oogpunt moeilijk. Dit geldt niet enkel bij een vrijwillige opname, maar ook bij een gedwongen opname en een opname op grond van de Interneringswet. Bij een gedwongen opname voorziet de Wet Bescherming Persoon Geesteszieke (WBPG) slechts in een beperkt aantal fragmentaire bepalingen die uitdrukkelijk regelen hoe rechten beperkt kunnen worden. Zo geldt bijvoorbeeld een principiële verbod om de voorziening te verlaten (art. 11, tweede lid) of kan de arts op grond van medische contra-indicatie het bezoek beperken (art. 32, § 2, tweede lid). Voor het overige bevestigt de WBPG het autonomiebeginsel als uitgangspunt. Eenzelfde vaststelling geldt voor personen die op grond van de Interneringswet in een FPC verblijven, geplaatst zijn in psychiatrische voorziening, of er op proef verblijven. De Interneringswet voorziet, buiten het verbod om de voorziening te verlaten (art. 20-21), immers in geen enkele regel die bepaalt hoe de rechten van geïnterneerden (ongeacht hun statuut) beperkt kunnen worden. Het uitgangsverbod in de Interneringswet dat geldt in FPC's en bij plaatsingen in een psychiatrische voorziening geldt overigens niet voor wie vrij is op proef. In deze situatie moeten hierrond individueel afspraken gemaakt worden.

Collectief kan een voorziening wel huisregels formuleren (bijv. voor psychiatrische ziekenhuizen; Bijlage A, III, 4° KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964; art. 32, § 2, tweede lid WBPG), maar het toepassingsgebied ervan is beperkt: huisregels zijn er om organisatorische redenen. Ze regelen de vlotte gang van zaken in de voorziening (zoals de bezoeken) en kunnen daarbij de belangen van andere patiënten veilig stellen (zoals een verbod om te bellen in de gemeenschappelijke ruimtes tussen 22 uur en 7 uur). Huisregels zijn echter niet bedoeld om aspecten van de behandeling of het gedrag van patiënten te regelen (NOTELTEIRS & OPGENHAFFEN, 2019). De vele bestaande huisregels die het gebruik van gsm's verbieden omdat dit therapiebevorderend zou zijn, of om te vermijden dat patiënten personen buiten de voorziening zouden storen, zijn bijvoorbeeld bedenkelijk. Als het gebruik van een gsm een goede therapie in de weg staat, dan gaat het om een oordeel over de behandeling, waarmee de patiënt geïndividualiseerd en geïnformeerd (al dan niet) kan toestemmen.

De kloof tussen wat juridisch mag en wat in de praktijk gebeurt, is groot. De rechten van patiënten worden vaak verder beperkt dan is toegestaan. Dit gebeurt hetzij via huisregels, hetzij via individuele beperkingen. Dit komt de rechtspositie van zowel patiënten als van voorzieningen en zorgverleners niet ten goede. Een positieve evolutie is de aandacht voor vrijheidsbeperking in de referentiekaders voor psychiatrische ziekenhuizen (AGENTSCHAP

ZORG EN GEZONDHEID, 2019b) en de forensische GGZ (AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, 2019a). Deze kaders bieden sturing aan voorzieningen en vormen de basis voor overheidstoezicht via de Zorginspectie. Niettemin blijft de aandacht in deze referentiekaders fragmentair – ze richten zich vooral op afzondering en fixatie, en niet op de interne rechtspositie in het algemeen – en bestaat er een spanning tussen wat het referentiekader toelaat en wat door de wetgever geregeld zou moeten zijn (OPGENHAFFEN, 2018).

Aan deze spanning kan worden verholpen hetzij door erop toe te zien dat voorzieningen zich beperken tot de huidige fragmentaire en strenge mogelijkheden en dus de referentiekaders in die zin aan te scherpen, hetzij door de interne rechtspositie in alle geledingen van de GGZ wettelijk te regelen en met voldoende waarborgen te omkaderen (OPGENHAFFEN, 2019). Het laatste scenario is wellicht het meest realistisch. Zo is het vanuit mensenrechtelijk oogpunt bijvoorbeeld van belang dat *minstens* de contouren van afzondering en fixatie bij wet geregeld zijn (Report of the CPT on the visit to Croatia from 19 to 27 September 2012 (18 maart 2014) CPT/Inf(2014)9, § 125; PEETERS *et al.* 2019). Hoewel met een recente richtlijn voorzieningen *tools* in handen krijgen om hun beleid over afzondering en fixatie aan te passen aan wat de mensenrechten vereisen en het *referentiekader* de aanbevelingen ook toetst, is het huidige *rechtskader* dat vooral op de noodtoestand gebaseerd is, aan herziening toe. Het is aan de wetgever om ten eerste te bepalen welke vormen van afzondering en fixatie op grond van welke voorwaarden wanneer zijn toegelaten en om ten tweede in voldoende waarborgen te voorzien zodat de grondrechten van de patiënt maximaal gerespecteerd worden (PEETERS *et al.*, 2019).

Althans wat de forensische GGZ betreft, sprak het Agentschap Zorg en Gezondheid een voorkeur uit voor een aangepaste rechtspositieregeling (AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, 2019a). Verder roeien met de bestaande riemen is wellicht ook in de overige zorgcontexten niet langer houdbaar. Het is dan ook wenselijker om de ontwikkeling van een rechtspositieregeling voor de forensische GGZ te passen binnen de ontwikkeling van een rechtspositieregeling voor de GGZ in het algemeen. Dit maakt bovendien een kritisch debat mogelijk over de mate waarin het verantwoordbaar is dat de forensische GGZ (maar ook de gedwongen opname) qua beperkingen en qua waarborgen zou afwijken van de algemene rechtspositieregeling.

De ontwikkeling van een rechtskader is een gelegenheid voor een juridisch en maatschappelijk debat over waar en wanneer welke vrijheidsbeperkingen mogelijk zijn. Zo een debat was er in Nederland naar aanleiding van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Stb. 2018, nr. 37). Deze wet, die op 1 januari 2020 in werking is getreden, wijzigt de rechtspositie van patiënten in de GGZ grondig. De mogelijkheid van ‘verplichte zorg’ is niet langer locatie-gebonden, maar persoonsvolgend. Dit maakt een ambulante, meer proportionele en meer dynamische toepassing mogelijk. Hoewel bij elke regeling over vrijheidsbeperking en dwang in de zorg vragen te stellen zijn – in Nederland valt het bijvoorbeeld nog af te wachten hoe (het toezicht op) ambulante verplichte zorg praktisch haalbaar is (DE ROODE, 2019) – valt het op dat Nederland bepaalde aspecten regelt waarvan het meer dan wenselijk is er ook in België aandacht aan te besteden. Het betreft dan niet enkel welke vormen van vrijheidsbeperking en dwang onder welke voorwaarden mogelijk zijn en hoe toezicht plaatsvindt, maar ook – en veel essentiëler – *wat* het recht net als vrijheidsbeperking en dwang kwalificeert.

## 9. TOT BESLUIT

Tien jaar terug gebruikte Joris CASSELMAN in zijn beschrijving van de forensische GGZ in Vlaanderen het beeld van een trein ‘die stilstand en recent in beweging kwam’. Tien jaar later stellen we vast dat de trein is blijven rijden, zij het niet voor elke wagon met dezelfde snelheid.

Onder internationale druk van de veelvuldige veroordelingen door het EHRM rond het gebrek aan zorg voor geïnterneerden, is de grootste vooruitgang geboekt bij geïnterneerden, zowel op wetgevend als op zorg-organisatorisch gebied. Een blijvende zorg is de nood aan hulpverlening voor de talrijke gedetineerden en bij uitbreiding voor alle justitiecliënten met psychische problemen.

De zesde staats hervorming heeft gezorgd voor een nood aan een actualisering van bestaande samenwerkingsakkoorden, beleidsnota's en wetgeving, voor geïnterneerden, en vraagt, in het bijzonder voor daders van seksuele misdrijven en voor druggebruikers vooruitgang. Overleg tussen het federale niveau en de Vlaamse niveau is meer dan ooit een noodzaak.

Het is een oud zeer dat, zeker voor justitiecliënten, hulpverlening al jaren op projectbasis wordt gefinancierd en structurele financiering ontbreekt, zelfs wanneer hun effectiviteit uit onderzoek is gebleken. Het is pijnlijk te moeten vaststellen dat, 10 jaar na het jubileumcongres, nog steeds geen sprake is van een cultuur van (financieren van) onderzoek naar de effectiviteit van interventiestrategieën (VERMEIREN, 2010).

Een tweede internationale tendens, met name de focus op herstel, zowel in de GGZ als in de drughulpverlening, is ook in Vlaanderen doorgedrongen. In een forensische context leidt dit tot een spanningsveld tussen inzetten op sterktes van mensen en op hun dromen en aspiraties en maatschappelijke verwachtingen en eisen; want, wat als “*de uitkomsten van dit persoonlijk herstel niet sociaal wenselijk zijn?*” (AGA & VANDERPLASSCHEN, 2016: 161).

Hierbij aansluitend bestaat een spanningsveld tussen een toenemende – ook internationale – aandacht voor de rechten van personen met een psychische problematiek, voor de autonomie en de geïnformeerde toestemming van de cliënt/patiënt en de blijvende dominantie bij justitiecliënten van risicobeheersing en een (te eenzijdige) focus op recidivebeperking. Op beleidsniveau merken we hier een dubbele houding: herstel wordt centraal gesteld in het discours, terwijl wel gewerkt wordt aan een rechtspositieregeling (met bijhorende vrijheidsbeperkingen) die enkel en alleen voor de forensische GGZ bedoeld is (AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, 2019a). Het is dan ook wenselijker om de ontwikkeling van een rechtspositieregeling voor de forensische GGZ te passen binnen de ontwikkeling van een rechtspositieregeling voor de GGZ in het algemeen.

Ten slotte dient te worden benadrukt dat, mee door de vermaatschappelijking van de (G)GZ, het domein van de forensische GGZ ook binnen 10 jaar niet aan belang zal hebben ingeboet, wel in tegendeel. De internationale ervaringen leren immers dat de vermaatschappelijking van de zorg als onbedoeld effect heeft dat steeds meer mensen met een psychiatrische problematiek in contact (kunnen) komen met het (straf)rechtelijk systeem (BLOOM, 2010; VANDER LAENEN & DE PAUW, 2016).



## DANKWOORD

Uitdrukkelijke dank gaat naar drs. Louis FAVRIL voor het nalezen van deze bijdrage.

## REFERENTIES

### Literatuur

- AGA, N. & VANDERPLASSCHEN, W. (2016). De Schone en het Beest: persoonlijk herstel binnen een forensische context. In T. VANDER BEKEN, E. BROEKAERT, K. AUDENAERT, F. VANDER LAENEN, S. VANDELVELDE, & W. VANDERPLASSCHEN (eds.). *Sterktes van mensen. Sterktegerichte strategieën voor het ondersteunen van mensen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten pleegden* (pp. 149-168). Antwerpen: Maklu.
- BLOOM, J.D. (2010). The incarceration revolution: the abandonment of the seriously mentally ill to our jails and prisons. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 38, 727-734.
- CASSELMAN, J. (2009). Dertig jaar forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Over een trein die stilstond en recent in beweging kwam. In W. BRUGGEMAN, E. DE WREE, J. GOETHALS, P. PONSAERS, P. VAN CLASTER, T. VANDER BEKEN, & G. VERMEULEN (eds.). *Van pionier naar onmisbaar, Over 30 jaar Panopticon* (pp. 334-355). Antwerpen: Maklu.
- CLAES, B. & BROSENS, D. (2015). Verdiepingen en verschuivingen in het hulp- en dienstverleningslandschap aan gedetineerden. Reflecties bij het nieuw strategisch plan 2015-2020. *Panopticon*, 36(6), 519-534.
- COSYNS, P., DE DONCKER, D., & OOSTVOGELS, I. (2000). Gedwongen behandeling van seksuele misbruikers. Theoretisch behandelprogramma. In C. DILLEN, & P. COSYNS (eds.). *Behandeling van seksuele delinquenten in België* (pp. 43-69). Leuven: Garant.
- CPT (2016), Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique du 24 septembre au 4 octobre 2013.
- CPT (2018), Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique du 27 mars au 6 avril 2017.
- CSETE, J., KAMARULZAMAN, A., KAZATCHKINE, M., ALTICE, F., BALICKI, M., BUXTON, J., ... & BEYRER, C. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, 387(10026), 1427-1480.
- DE BOECK, M. (2019). De preventie van seksueel kindermisbruik: 'Stop it Now! Vlaanderen' als pionier in België. *Panopticon*, 40(1), 12-28.
- DECRUYNAERE, F. (2019). Vermaatschappelijking en herstelvisie leggen nieuwe klemtonen. *Zorgwijzer*, 85, 16.
- DE ROODE, R.P. (2019) Nieuwe dwangwetten in de zorg: is ambulante dwang wel haalbaar? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 43(1), 3-4.
- DE RUYVER, B. (2017). Intro. In W. VANDERPLASSCHEN, & F. VANDER LAENEN (eds). *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg. Praktijk en Beleid* (pp. 9-11). Leuven/Den Haag: Acco.
- DILLEN, C., COSYNS, P., & KLERKX, J. (2000). De stencentra en het samenwerkingsakkoord. In C. DILLEN, & P. COSYNS (eds.). *Behandeling van seksuele delinquenten in België* (pp. 69-89). Leuven: Garant.
- FAVRIL, L., VANDER LAENEN, F. & AUDENAERT, K. (2017). Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen. *Panopticon*, 38(4), 231-245.
- FAVRIL, L., & VANDER LAENEN, F. (2017). Psychofarmaca en drugsgebruik in Vlaamse gevangenis. *Verslaving*, 13(2), 85-97.
- FAVRIL, L. & VANDER LAENEN, F. (2018). Predictoren van druggebruik tijdens de detentieperiode: data van 1326 gedetineerden uit 15 Vlaamse gevangenissen. *Panopticon*, 39(4), 296-312.
- Hoge Gezondheidsraad (2019). *DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen*. HGR nr. 9360. Brussel: HGR.

- LEMMENS., C. (2014). De dwangopneming van geesteszieken. In T. VANSWEEVELT, & F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht, Volume II* (pp. 979-1053). Antwerpen: Intersentia.
- MISTIAEN, P., DAUVIRN, M., EYSSEN, E., ROBERFROID, D., SAN MIGUEL, L., & VINCK, I. (2017). *Gezondheidszorg in Belgische gevangenis: Huidige situatie en toekomstige scenario's – Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- MISTIAEN, P., CORNELIS, J., DETOLLENAERE, J., DEVRIESE, S., FARFAN-PORTET, M.I., & RICOUR, C. (2019). *Organisation of mental health care for adults in Belgium. Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- NOTELTEIRS, M., & OPGENHAFFEN, T. (2020). Huisregels in de geestelijke gezondheidszorg. Orde op zaken gesteld, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (te verschijnen)*.
- OPGENHAFFEN, T. (2018). Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van Zorginspectie. *Rechtskundig Weekblad*, 15 september 2018, 83-98.
- OPGENHAFFEN, T. (2019). *Vrijheidsbeperkingen in de residentiële zorg: een rechtspositionele en mensenrechtelijke evaluatie*. Leuven: KU Leuven (onuitgegeven proefschrift).
- Nationale Raad van de Orde der Artsen (2017). Advies van 6 mei 2017 betreffende de aanwezigheid van een advocaat bij het forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek.
- PATEL, V., SAXENA, S., LUND, C., THORNICROFT, G., BAINGANA, F., BOLTON, P., ... & UNÜTZER, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- PEETERS, T., DE CUYPER, K., OPGENHAFFEN, T., BUYCK, I., PUT, J., & VAN AUDENHOVE, CH. (2019). *De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- POPOVGGZ vzw (2019). *Inhoudelijk Verslag, TANDEM, 'Toeleiding en Aanmelding Na Detentie En Meer', 1 maart 2018 – 28 februari 2019*, Gent: PopovGGZ.
- RAES, A., DELADRIERE, A., SIVRI, S., TAEYMANS, M., & GAZAN, F. (2010). *Evaluatie van de samenwerkingsakkoorden inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik: literatuurstudie*. Brussel: Dienst Strafrechtelijk Beleid.
- ROTHIER, K., & SERVAES, M. (2012). *Gedwongen opname van de geesteszieke: handleiding bij de Wet Persoon Geesteszieke*. Brugge: Die Keure.
- 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.
- TABACHNICK, J. (2013). Why prevention? Why now? *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 55-61.
- TAEYMANS, M., & SIVRI, S. (2014). *Proceevaluatie proefproject COSA Antwerpen: de eerste ervaringen met COSA in België*. Brussel: Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid.
- UNHCR, HUMAN RIGHTS COUNCIL (2017). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HCR/35/21; verkregen op 27/10/2019, via <https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrighthealthindex.aspx>.
- UNODC (2018). *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system*. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime.
- VAN CAMP, T., CLAES, B., & VAN ROEYEN, S. (2014). Van herstelrecht naar desistance, sociale rechtvaardigheid en vredesopbouw: reflecties bij het 8ste internationaal congres van het European Forum for Restorative Justice. *Panopticon*, 35(6), 549-552.
- VANDER BEKEN, T., & VANDER LAENEN, F. (2017). Bezorgd om zorg. *Panopticon*, 38(2), 77-82.
- VANDER LAENEN, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening, Herstel centraal, *Panopticon*, 37(4), 275-289.

- VANDER LAENEN, F., DE CLERCQ, L., VANDERPLASSCHEN, W., & VANDEVELDE, S. (2017). Centrale aanmeldingspunten drugs in gevangenissen revisited: verbreding naar alle geestelijke gezondheidsproblemen!? *Fatik*, 154, 17-23.
- VANDER LAENEN, F. & DE PAUW, K. (2016). Psychiatrische patiënten en politie: samen in de samenleving? Locomotieftekst, In F. VANDER LAENEN, K. DE PAUW, L. LAGAE, & F. JANSSENS (eds.). *Orde van de Dag, thema Mensen met een psychiatrische aandoening: how to deal with it?*, 2016/74, 5-11.
- VANDER LAENEN, F., & EECCHAUDT, V. (2018). Gelijkaardigheid van de gezondheidszorg in detentie: de wet is er, nu nog de toepassing. *Fatik*, 35(160), 3-6.
- VANDER LAENEN, F., & VANDERPLASSCHEN, W. (2016). Justitie en hulpverlening. In H. VAN ESPEN, & S. VANTHIENEN (eds.). *Praktijkids 2016, Duiding Drugs* (pp. 129-141). Brussel: Larcier.
- VANDER LAENEN, F., AUDENAERT, K., & WITTOUCK, C. (2015). Waarom een handboek forensische gedragswetenschappen? In C. WITTOUCK, F. VANDER LAENEN, & K. AUDENAERT (eds.). *Handboek forensische gedragswetenschappen* (pp. 25-29). Antwerpen/Apeldoorn: Maklu.
- VANDERPLASSCHEN, W., & VANDER LAENEN, F. (2017). Inleiding. In W. VANDERPLASSCHEN, & L. VANDER LAENEN (eds.). *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg, Praktijk en Beleid* (pp. 13-19). Leuven/Den Haag: Acco.
- VAN DER STEL, J. (2013). Innovatie rond herstel, vragen en opgaven. *Verslaving*, 9(4), 5-18.
- VANDEURZEN, J. (2015). *Visienotie: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met verslavingsprobleem*, Brussel.
- VAN REMOORTELE, J. (2009). De Conventie van de Verenigde Naties over de Rechten van Personen met een Handicap, *Panopticon*, 30(4), 64-69.
- VERMEIREN, R. (2010). Rubriek Recht en Geestelijke Gezondheidszorg. *Panopticon*, 31(1), 61-64.
- VINCK, I., DE WEYER, J., SCHOUKENS, P., ROBERFROID, D., EYSSEN, M., SAN MIGUEL, L., DAUVRIN, M., & MISTIAEN, P. (2018). Recht op algemene ziekteverzekering voor gedetineerden: pistes voor de toekomst, *Fatik*, 35(157), 16-26.
- VLAAMS EXPERTISECENTRUM ALCOHOL EN ANDERE DRUGS. (2018). *VAD-Memorandum 2019 over middelengebruik en verslavingsproblemen*. Brussel: VAD.
- ZORGINSPECTIE (2018). *Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen*. Brussel: Departement WVG.
- ZORGNET-ICURO (2019). *Herijking CGG-aanbod in kader van strategisch plan hulp- en dienstverlening gedetineerden. Kloofanalyse: huidig CGG-aanbod – psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden*, niet gepubliceerd document.

### Wetgeving en beleid

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019a). *Referentiekader voor kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg voor forensische cliënten*. Brussel. Verkregen op 28/06/2019, via: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-kwaliteitsvolle-geestelijke-gezondheidszorg-voor-forensische-cli%C3%ABnten>.
- Agentschap Zorg En Gezondheid. (2019b). *Referentiekader vrijheidsbeperkende en vrijheidsberovende maatregelen*. Brussel. Verkregen op 28/06/2019, via [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/referentiekader%20PZ\\_module%20VBM%20%28maart%202019%29.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/referentiekader%20PZ_module%20VBM%20%28maart%202019%29.pdf)
- Algemene Cel Drugsbeleid (2019). *Realisaties 2014-2019 & aanbevelingen voor de volgende legislatuur*. Brussel: ACD.
- Decreet van 8 maart 2013 betreffende de organisatie van hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, *BS* 11 april 2013.
- Decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod, *BS* 17 mei 2019.

KB van 25 september 2018 tot uitvoering van artikel 5, §3, van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering, *BS* 12 oktober 2018.

MB 28 oktober 2015 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, alsmede van stagemeeesters en stagediensten, *BS* 10 november 2015.

Vlaamse Regering (2015), *Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: Strategisch plan 2015-2020*. Verkregen op 17/08/2015, via [departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/strap\\_gedetineerden\\_2015\\_2020\\_definitief.pdf](http://departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/strap_gedetineerden_2015_2020_definitief.pdf).

Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap, New York 13 december 2006, inst. W. 13 mei 2009, *BS* 22 juli 2009.

Wet 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *BS* 27 juli 1990.

Wet van 22 juni 2005 tot invoering van bepalingen inzake de bemiddeling in het Wetboek van Strafvordering, *BS* 27 juli 2005.

Wet van 5 mei 2014 betreffende de internering van personen, *BS* 9 juli 2014.

Wet 4 mei 2016 houdende internering en diverse bepalingen inzake justitie, *BS* 13 mei 2016.

Wet van 20 februari 2017 tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *BS* 20 februari 2017.

Wet 24 januari 2018 houdende regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis, *Stb.* 2018, nr. 37.

#### *Rechtspraak*

EHRM 27 november 2008, *Salduz t. Turkije*, nr. 36391/02.

EHRM 17 februari 2009, *Ibrahim Oztürk t. Turkije*, nr. 16500/04.

EHRM 20 april 2010, *Laska en Lika t. Albanië*, nr. 12315/04 en nr. 17605/04.

EHRM 29 juni 2010, *Karadag t. Turkije*, nr. 12976/05.

EHRM 10 januari 2013, *Claes t. België*, nr. 43418/09.

EHRM 9 januari 2014, *Lankester t. België*, nr. 22283/10.

EHRM 6 september 2016, *W.D. t. België*, nr. 73548/13.

EHRM 18 juli 2017, *Rooman t. België*, nr. 18052/11.