

## Voorwoord

België werd in 1998 voor het eerst veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens omwille van de schendingen van de grondrechten van de geïnterneerden. Sindsdien volgden de veroordelingen elkaar op. Ook in 2014 heeft het Europees Hof acht arresten uitgevaardigd waarin België werd veroordeeld. Al die arresten hadden hetzelfde onderwerp: de opsluiting van geïnterneerden in daartoe ongeschikte inrichtingen. De redactie van GGazet vond het dus hoog tijd om eens poolshoogte te nemen van de stand van zaken anno 2015 met als resultaat een volledige editie gewijd aan het zorgaanbod voor geïnterneerden.

## Redactieleden

Jan Callens | Sint-Jozefskliniek Pittem | [jan.callens@sjp.be](mailto:jan.callens@sjp.be) | 051 46 70 41  
Bregwin Vantiegheem | PZ Heilig Hart Ieper | [mta@ggz-ieperdiksmuide.be](mailto:mta@ggz-ieperdiksmuide.be) | 057 23 91 85 | 0471/34 07 96  
Olivier Peene | PZ H. Familie Kortrijk | [olivier.peene@pzhfamilie.be](mailto:olivier.peene@pzhfamilie.be)  
Mia Ramboer | CGG Mandel en Leie Izegem | [mia.ramboer@cggml.be](mailto:mia.ramboer@cggml.be) | 056 23 00 21  
Filip Vanneste | CGG Mandel en Leie Izegem | [filip.vanneste@cggml.be](mailto:filip.vanneste@cggml.be) | 056 23 00 21  
Jozef Verbrugghe | [jozef.verbrugghe@telenet.be](mailto:jozef.verbrugghe@telenet.be)

Vormgeving en administratie:  
Jacqueline Delodder | [jacqueline.delodder@sjp.be](mailto:jacqueline.delodder@sjp.be)  
Mia Ramboer | [mia.ramboer@cggml.be](mailto:mia.ramboer@cggml.be)

## Om begripsverwarring te voorkomen: wat is 'internering'?

Joris Dheedene, netwerkcoördinator internering Hof van Beroep Gent (Volksgezondheid)  
coördinator Schakelteam Internering  
Koen Mattheeuws, medewerker schakelteam Oost- en West-Vlaanderen

Internering is in België geen straf maar een beveiligingsmaatregel, opgelegd voor onbepaalde duur. Geïnterneerden worden beschouwd als mensen die een misdrijf pleegden maar worden voor dit misdrijf niet verantwoordelijk geacht. De maatregel heeft tot doel om de maatschappij te beschermen en de persoon zelf te behandelen voor zijn/haar psychiatrische problematiek.

Om de praktijk te verduidelijken en de gevolgen van de uitspraak tot internering wat te kaderen, volgt een toelichting bij het gegeven 'internering'.

Internering is een justitieel

statuut dat tot op heden nog altijd geregeld wordt door de *"Wet tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en de gewoontemisdadigers"* van 1 juli 1964. Het is belangrijk om mee te geven dat de filosofie van deze wet inhoudt dat internering een maatregel is van onbepaalde duur en geen straf. In België kennen we een schuldstrafrecht. Dit houdt in dat iemand enkel gestraft kan worden als hij of zij schuldbequaam is. Indien er een vermoeden bestaat dat een persoon zijn daden niet kan controleren omwille van *"een staat van krankzinnigheid, ernstige staat van geestesstoornis of zwakzinnigheid"* kan er een deskundige aangesteld wor-

den om de toerekeningsvatbaarheid van deze persoon te onderzoeken. In de praktijk komt dit erop neer dat een psychiater - soms samen met een psycholoog - na onderzoek een verslag met zijn bevindingen neerlegt bij de rechter. De rechter beslist alsnog autonoom over de bewijswaarde van het verslag maar bijna altijd wordt het advies van de deskundige gevolgd. Er dient ook nog aangegeven te worden dat dit expertisverslag tegensprekelijk is door de verdediging: er kan dus een tegenexpertise aangevraagd worden.

Eens de internering van een persoon is uitgesproken, valt het individu voor de tenuitvoerlegging van deze maatregel onder de *Commissie tot Bescherming van de Maatschappij (CBM)*. Dit gerechtelijk orgaan, geregeld door de hierboven vernoemde wet van 1964, bestaat uit een magistraat-voorzitter, een geneesheer en een advocaat. De geïnterneerde heeft het recht - geen plicht - om elke zes maanden te verschijnen voor deze commissie om als het ware geëvalueerd te worden. Deze Commissie beslist welke modaliteit van uitvoer in de volgende periode van toepassing zal zijn op de geïnterneerde. Concreet beslist deze



instantie onder andere of de geïnterneerde in de gevangenis moet verblijven, geplaatst dient te worden in een instelling buiten de gevangenis of "vrij op proef" mag om bijvoorbeeld behandeling voor zijn of haar problematiek aan te vatten.

Ondanks verschillende initiatieven binnen de geestelijke gezondheidszorg blijft de situatie voor heel wat geïnterneerde personen echter onaanvaardbaar. Velen van hen verblijven in een voor hen onangepast gevangenisregime met weinig of geen perspectief op een passende behandeling. Voor het gebrek aan behandeling van de geïnterneerden in België werd de Belgische overheid reeds verschillende malen veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

### Korte historische schets

In de 16e en 17e eeuw werden "geesteszieke personen" beschouwd als het werk van de duivel, waardoor men een vrijgeleide kreeg om deze mensen te folteren of tot de brandstapel te veroordelen.

Vanaf de 18e eeuw mochten "krankzinnigen", ook diegenen die een delict pleegden, niet langer gestraft worden. Men raakte er immers van overtuigd dat deze zieken "niet wisten wat ze deden". Men mocht hen wel opsluiten in gevangnissen, maar dit werd niet als een straf beschouwd.

Vanaf de tweede helft van de 19e eeuw domineerde het klassieke strafrecht. Men ging

uit van de mens als rationeel wezen met een vrije wil en verantwoordelijk voor zijn daden. Dit ging echter niet op voor kinderen en "krankzinnigen", die in de toen toegepaste Franse 'Code Pénal' onttrokken werden aan het strafrecht. Het was een tendens om zieke mensen die een misdrijf hadden begaan op te sluiten in openbare "krankzinnigeninstellingen", hoewel opsluiting in de gevangenis toen ook geen uitzondering bleek. Er was bijgevolg een gebrek aan eenvormigheid in de strafuitvoering van deze als ontoerekeningsvatbaar verklaarde misdadigers.

Begin 20<sup>ste</sup> eeuw zocht men naar andere en meer adequate oplossingen voor deze niet zo vanzelfsprekende doelgroep. Zo opteerde men voor de oprichting van speciale psychiatrische 'annexen' binnen bestaande gevangenisstructuren en onder invloed van de "sociaal verweer"-gedachte werden voorstellen geformuleerd in functie van een nieuwe wet. Dit laatste resulteerde in de "Wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers". Deze wet van 1930 was van toepassing op een verdachte die verkeerde in "een staat van krankzinnigheid, in een ernstige staat van geestesstoornis of van zwakzinnigheid die hem ongeschikt maakt tot het controleren van zijn daden". De persoon werd aan het strafrecht onttrokken en aan een beveiligingsmaatregel onderworpen. De duur van de internering was vijf, tien of vijftien jaar, afhankelijk

van de ernst van de feiten. De uitvoering van de maatregel werd bepaald door een commissie, opgericht bij de psychiatrische annexen van de gevangnissen. De commissie kon beslissen over een invrijheidsstelling indien de psychische gezondheidstoestand van de geïnterneerde verbeterd was en hij niet langer sociaal gevaarlijk was. Verwijzend naar de introductie mag het duidelijk zijn dat de wet van 1930 de blauwdruk was van de daaropvolgende wet (ten) tot bescherming van de maatschappij.

Omwille van heel wat kritieken (een uiteenzetting hiervan zou ons echter te ver leiden) werd de wet van 1930 gewijzigd en vervangen door de wet van 1 juli 1964. Ondanks het feit dat de versie van 1964 heel wat mogelijkheden in zich droeg - en in die tijd zelfs revolutionair kon worden genoemd - liep de toepassing ervan niet vlot. De overheid maakte geen of weinig middelen vrij om de wet te laten functioneren waardoor een deel van de uitvoering dode letter bleef. Daarnaast bleken er heel wat inhoudelijke knelpunten te bestaan, waardoor de wet tot op vandaag bekritiseerd wordt.

## De noodzaak om een tandje bij te steken: meerjarenplan internering

Joris Dheedene, netwerkcoördinator internering Hof van Beroep Gent (Volksgezondheid),  
coördinator Schakelteam Internering

Zoals reeds in het eerste artikel werd aangehaald, is het thema internering de afgelopen jaren onderwerp geweest van heel wat kritiek. Deze leidde tot verschillende acties op zowel overheidsniveau als op het terrein. De zorg voor de doelgroep van geïnterneerden en het verder uitbouwen van een degelijk forensisch-psychiatisch zorgcircuit is hierdoor in een stroomversnelling gekomen. Het federaal meerjarenplan voor de uitbouw van een zorgtraject voor forensisch-psychiatrische patiënten (het zogenaamde *meerjarenplan internering*) is hierin toonaangevend.

In 2009 kwamen de toenmalige Minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx en Minister van Justitie Jo Vandeurzen tot een consensus betreffende het uitbouwen van een zorgcircuit voor geïnterneerde personen. Deze overeenkomst vertaalde zich in een federaal meerjarenplan dat gefaseerd zou worden uitgevoerd, gespreid over vier verschillende investeringsrondes. In de periode 2009-2013 zouden de verschillende fases worden geïmplementeerd met de ambitie om zoveel mogelijk geïnterneerde personen uit de Belgische gevangenissen te halen en hen de gepaste zorg en/of behandeling te bieden binnen

de ruime context van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

### Eerste fase

De eerste fase van dit plan werd zoals voorzien uitgevoerd in 2009:

1. Het betrof de verdere uitbouw van bedden of plaatsen binnen de bestaande medium security zorgcircuits, zowel op niveau van het ziekenhuis, de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) als de initiatieven beschut wonen (IBW).
2. Het voorzien van outreachteams bij dezelfde medium security zorgcircuits.
3. Het verder uitbouwen van de capaciteit op de gespecialiseerde afdelingen voor seksueel delinquenten (op het niveau van ziekenhuisbedden, PVT en IBW).

### Tweede fase

Omwille van de economische recessie en het uitblijven van een federale regering in de periode 2010-2011 bleef het uitvoeren van de tweede en volgende fases van het meerjarenplan dode letter. In 2013 werd de draad echter terug opgenomen.

Ondertussen was de *“Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en netwerken”* (2010) goedgekeurd door de Federale Overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten. Hierin wordt de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg vertaald in vijf functies die regionaal aangeboden dienen te worden. De filosofie van vermaatschappelijking van zorg doet zijn intrede en er wordt gestreefd naar de uitbouw van zorgcircuits en netwerken. Ook de meer gespecialiseerde zorgtrajecten, o.a. deze voor geïnterneerde personen, dienen bij deze visie aan te sluiten. Het uitvoeren van de tweede fase van het federaal meerjarenplan is dan ook te kaderen in deze netwerkgedachte. Middels (geformaliseerde) zorgcircuits wordt gestreefd naar een vlotte uitstroom uit de gevangenis en doorstroom naar het externe zorgcircuit. De tenuitvoerlegging van de





tweede fase is opgesplitst in drie acties.

#### A. Netwerkcoördinatoren Internering

De Federale OverheidsDienst (FOD) Volksgezondheid voorzag in de aanstelling van "netwerkcoördinatoren zorgtraject geïnterneerden" (hierna coördinatoren Volksgezondheid genoemd). Het Hof van Beroep duidde, naar analogie met de in 2011-2012 aangestelde "coördinatoren extern zorgcircuit voor geïnterneerden" vanuit de FOD Justitie (hierna coördinatoren justitie genoemd), coördinatoren aan. De samenwerking tussen deze coördinatoren op het niveau van elk Hof van Beroep beoogt een brug te slaan tussen beide departementen. Deze samenwerking maakt deel uit van een nationale coördinatie van de zorg aan geïnterneerden.

#### B. Schakelteams Internering

Vervolgens ging men in de tweede helft van 2013 over naar de "schakelteams internering", eveneens werkzaam per Hof van Beroep. Hun opdracht is om op casusniveau de doorstroom van geïnterneerde personen naar een gepaste zorgomkadering en maatschappelijke integratie te faciliteren.

#### C. Verbeterprojecten internering

Voor de uitrol van het derde luik koos de overheid ervoor om de zorgactoren in de ruime zin van het woord 'carte blanche' te geven en zogenaamde "verbeterprojecten internering" in te dienen die

met het resterende bedrag gefinancierd zouden worden. De bevoegde overheden evalueerden alle projectaanvragen en werden na eventuele suggestie tot aanpassing al dan niet weerhouden. Een gevolg van deze werkwijze is dat het zorgaanbod voor geïnterneerde personen in de verschillende Hoven van Beroep andere accenten kreeg. Deze verschillen manifesteren zich zowel wat betreft de kwantiteit als wat betreft de inhoud van de projecten. Omwille van deze uitbreiding en versnippering is het informeren en sensibiliseren van de partners, zowel op het niveau van justitiële actoren als op het niveau van zorgpartners, noodzakelijk. Een nieuw en divers aanbod creëert nieuwe mogelijkheden maar maakt het soms ook wat minder overzichtelijk. De meeste verbeterprojecten zijn gestart in de tweede helft van 2014.

#### Derde en tevens laatste fase

In het najaar van 2015 is men volop bezig met de voorbereiding van de implementatie van de derde fase. Deze zou omwille van noodzakelijke besparingen meteen ook de laatste fase of investeringsronde zijn. De voorziene vierde fase wordt met andere woorden niet uitgevoerd.

Ondanks de talrijke initiatieven blijken nog heel wat hiaten te bestaan in het ideale zorgcircuit voor geïnterneerden. Men ambieert dan ook om in de derde fase (als laatste schakel) deze tekorten in het zorglandschap in te vullen. Zo zullen medio 2016

longstay-afdelingen voor geïnterneerden openen. Deze afdelingen richten zich op een populatie van patiënten die nog steeds een zeker risico vormen voor de maatschappij en/of therapieresistent zijn. Dit kan te wijten zijn aan tal van factoren zoals gebrekkige mentale mogelijkheden, medicatie die geen of te weinig impact heeft op de pathologie, ouderdom, ...

Naast deze doelgroep van longstay-patiënten wil men ook specifieke initiatieven nemen voor geïnterneerde vrouwen. Ten slotte zullen binnen bestaande zorgcircuits gericht middelen geïnvesteerd worden om de doorstroom of uitstroom verder te faciliteren of oplossingen te creëren die een (vaak onnodige) terugkeer naar de gevangenis kunnen vermijden.

Het is de bedoeling om al deze initiatieven in de loop van 2016 op te starten.

## Bruggen bouwen in de zorg voor geïnterneerden

Joris Dheedene, netwerkcoördinator internering Hof van Beroep Gent (Volksgezondheid),  
coördinator schakelteam Internering

Mieke Goyens, netwerkcoördinator schakelteam internering  
Vlaams Brabant en Nederlandstalig Brussel (Volksgezondheid)

Veerle De Reu, verantwoordelijke forensisch 2B-team PC Sint-Jan-Baptist Zelzate

### De zorgcoördinatie

De FOD Justitie stelde vanaf 2011 per Hof van Beroep (met name in Gent, Antwerpen, Bergen en Luik) coördinatoren "Extern Zorgcircuit voor Geïnterneerden" aan. De functie van deze 'coördinatoren justitie' werd al omschreven in de interneringswet van 2007 maar uiteindelijk werd deze wet nooit uitgevoerd. Omwille van de nood aan brugfiguren tussen justitie en zorg stelde men toch deze zorgcoördinatoren aan.

Analoog werden in 2013 per Hof van Beroep coördinatoren "Zorgtraject Geïnterneerden" vanuit de FOD Volksgezondheid aangesteld. Bijgevolg is er binnen elk Hof van Beroep één coördinator die ressorteert onder de FOD Justitie en één coördinator onder de FOD Volksgezondheid. In het Hof van Beroep Brussel zijn twee coördinatoren vanuit Volksgezondheid aangesteld: één ver-

antwoordelijk voor het Nederlandstalig gedeelte, de ander voor het Franstalig gedeelte.

De coördinatoren van beide overheidsdepartementen werken samen met als doelstelling een brug te slaan tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg. Deze samenwerking moet zowel de uitstroom van geïnterneerden uit de gevangenis naar het zorgnetwerk als de doorstroom doorheen het gehele zorglandschap faciliteren. Zij trachten al dan niet geformaliseerde samenwerkingsverbanden te bewerkstelligen om zo een bijdrage te leveren aan de uitbouw van een zorgcircuit voor geïnterneerden. Verder wisselen de coördinatoren 'good practices' uit en kunnen zij adviezen en aanbevelingen aan de bevoegde overheden overmaken. Hiertoe hebben de netwerkcoördinatoren de opdracht gekregen om én de populatie van geïnterneerden (zowel in gevangnissen als in het zorglandschap) én het bestaande zorgaanbod in kaart te brengen. Deze inventarisatie laat toe aanbevelingen te formuleren in functie van een optimale afstemming tussen de noden en het aanbod waarbij er gestreefd wordt naar een maximale integratie van de forensische hulpverlening binnen de reguliere GGZ.

Naast deze gemeenschappelijke actieprijers leggen de coördinatoren Volksgezondheid en Justitie in hun werking tegelijkertijd een aantal verschillende accenten, elk vanuit hun eigen referentiekader. De **coördinator Justitie** heeft een liaisonfunctie tussen Justitie en het externe zorgcircuit. Hij (of zij) werkt hiertoe nauw samen met oa het directoraat-generaal penitentiaire instellingen (DG EPI) en de Commissie(s) tot Bescherming van de Maatschappij (CBM) binnen het rechtsgebied. Hij is een referentiepersoon voor alle actoren binnen Justitie. Hij tracht het aanbod op de vraag naar zorgbehoeften van geïnterneerde personen af te stemmen, rekening houdend met de bescherming van de maatschappij. Er wordt samen met alle partners naar oplossingen en aanpassingen gezocht.

De **coördinator Volksgezondheid** vertegenwoordigt op zijn (of haar) beurt meer de (zorg-) aanbodzijde en fungeert hiertoe als schakel binnen en tussen de netwerken geestelijke gezondheidszorg van zijn werkingsgebied met als doel een dynamiek in het zorgcircuit te creëren voor deze doelgroep. Bij wijze van hefboom neemt de coördinator Volksgezondheid deel aan overlegstructuren binnen de "107-



netwerken” waar het thema internering regelmatig wordt geagendeerd. Vanzelfsprekend is er ook contact met meer gespecialiseerde zorginstanties die vertrouwd zijn met het werken met geïnterneerde personen. Daarnaast kunnen de zorgpartners uit het werkingsgebied steeds een Beroep doen op de coördinator Volksgezondheid wanneer zij ondersteuning nodig hebben bij het werken met geïnterneerden, met bepaalde vragen zitten, etc.

### Schakelteams internering

In de tweede helft van 2013 besloot de FOD Volksgezondheid, in het kielzog van de coördinatoren Volksgezondheid en de GGZ-hervorming (artikel 107), ‘mobiele equipes internering’ op te richten. Er werd echter vrij snel voor geselecteerd om deze ‘mobiele equipes internering’ om te dopen tot ‘schakelteams internering’. Dit om verwarring te vermijden met de bestaande mobiele teams opgericht in het kader van de hervorming en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

Er werd per Hof van Beroep voorzien in een schakelteam van vier voltijdse equivalenten en tien uur psychiater. Concreet betekent dit dat er in Vlaanderen drie schakelteams internering zijn: één voor Oost- en West-Vlaanderen, één voor Antwerpen en Limburg en één voor Vlaams-Brabant en Nederlandstalig Brussel. Deze schakelteams worden inhoudelijk aangestuurd door de coördinatoren internering

Volksgezondheid.

De doelstelling van deze schakelteams is tweeledig. Enerzijds beogen de schakelteams netwerken uit te bouwen om maatschappelijke integratie van geïnterneerde personen te stimuleren, te faciliteren en te optimaliseren. Anderzijds wil men de directe terugstroom naar de gevangenis beperken via een optimale trapsgewijze terugschakeling binnen dit netwerk. Hierbij dient verduidelijkt te worden dat de schakelteams internering op casusniveau werken terwijl de netwerkcoördinatoren internering zich richten op het uitbouwen van structurele samenwerkingsverbanden en netwerken.

Om deze doelstellingen te bereiken werkt het schakelteam op meerdere domeinen, zowel met partners uit de strafinstellingen als met actoren uit de zorgsector. Aanmeldingen bij het schakelteam kunnen gebeuren door de psychosociale diensten van gevangenissen, de justitiehuisen en alle professionele zorgverleners. Na een aanmelding werkt het schakelteam steeds in nauw overleg met de verwijzer om een duidelijk zicht te krijgen op de hulpvraag en om een zo adequaat mogelijk antwoord op de vraag te bieden.

Het schakelteam biedt op de eerste plaats ondersteuning bij de uitbouw van een zorgtraject. Dit kan bijvoorbeeld gaan over het op zoek gaan naar een ontbrekende schakel in het traject of het uitwerken van een zorgnetwerk waarbij meerdere partners zich enga-

geren rond een dossier. De uitwerking van dit zorgtraject heeft betrekking op alle zorgaspecten zoals de psychiatrische zorg, sociale en administratieve aspecten, huisvesting, opleiding, aangepaste tewerkstelling, ... Hierbij wordt telkens rekening gehouden met de beslissing die de Commissie tot Bescherming van de Maatschappij rond het uitwerken van een reclassering heeft genomen. Concreet kan dit betekenen dat het schakelteam ondersteuning biedt bij het uitwerken van een (residentieel of ambulante) reclasseringsplan vanuit de gevangenis, een ambulante of semi-residentieel traject na opname in een psychiatrisch ziekenhuis of forensisch psychiatrisch centrum, het zoeken naar zorgpartners en het uitbouwen van een gepast zorgnetwerk op belangrijke (schakel)momenten, ... Bij het uitbouwen van een zorgcircuit dient men zoveel mogelijk aansluiting te vinden bij het bestaande hulpverleningsaanbod en de beweging van de vermaatschappelijking van de zorg.

Naast het effectief uitwerken van een zorgtraject kan het schakelteam tevens instaan voor het verschaffen van informatie, advies of andere vormen van ondersteuning. Het schakelteam kan informatie verstrekken en advies geven over welke zorgactoren actief zijn in een bepaalde regio en welke een aanbod hebben dat aansluit bij de zorgvraag van een bepaalde geïnterneerde persoon. Daarnaast kan er geïnformeerd worden over verscheidene aspecten

die betrekking hebben op het interneringsstatuut (bv. informatie over de rol van de justitie-assistent, de werking van de CBM, het beroepsgeheim naar justitiële actoren,...). Ook andere vormen van ondersteuning zijn mogelijk, zoals indicatiestelling in complexe dossiers, het aanreiken van handvatten die bruikbaar kunnen zijn op de werkvloer, deelnemen aan of organiseren van een zorgoverleg, ...

De tussenkomst van de schakelteams is steeds van tijdelijke aard. Doelstelling is om de schakelteams te activeren in een bepaalde fase van een reclasseringsplan waar extra ondersteuning nodig is. In samenspraak met de verwijzer wordt dan de afweging gemaakt of verdere betrokkenheid van het schakelteam aangewezen is. Als een dossier afgesloten wordt, neemt dit niet weg dat er terug beroep kan gedaan worden op het schakelteam als er zich opnieuw moeilijkheden voordoen.

De schakelteams internering werken binnen hun Hof van Beroep nauw samen met de coördinatoren internering. Vanuit de contacten met de verschillende partners en door het werken op casusniveau heeft het schakelteam ook een signaalfunctie naar de netwerkcoördinatoren internering over te verbeteren structurele aspecten.

Meer informatie over de schakelteams internering, het aanmeldingsformulier, ... vindt u t e r u g o p [www.schakelteam.be](http://www.schakelteam.be).

## Forensische 2B-teams

In het Hof van Beroep Gent werden bij wijze van verbeterprojecten drie forensische 2B-teams opgericht. Deze mobiele teams bieden in de regio Oost- & West-Vlaanderen begeleiding en opvolging aan forensisch psychiatrische cliënten in hun thuissituatie met als doel de cliënt op een veilige manier te (re)integreren in de maatschappij. Dit gebeurt door enerzijds te focussen op de criminogene behandelnoten en anderzijds door ondersteuning te bieden op verschillende levensdomeinen met oog voor de eigen sterktes.

In de concrete uitwerking van deze teams is er sprake van een samenwerking tussen APZ Sint-Lucia te Sint-Niklaas, PC Sint-Amandus te Beernem en PC Sint-Jan-Baptist te Zelzate. De forensische 2B-teams van Sint-Niklaas en Beernem staan in voor de thuisbegeleiding van geïnterneerde personen die seksuele feiten hebben gepleegd; Sint-Niklaas doet dit voor de regio Oost-Vlaanderen, Beernem voor de regio West-Vlaanderen. Het forensisch team van Zelzate richt zich zowel in de regio Oost- als West-Vlaanderen naar alle andere geïnterneerde personen die geen seksuele feiten gepleegd hebben.

Samen wordt gestreefd naar een optimale zorgverlening voor de geïnterneerde persoon en wordt de doorstroom binnen het interneringslandschap bevorderd. Men probeert maximaal de (reguliere) zorgpartners te betrekken en er wordt bijgevolg ook ingezet op

netwerkoverleg en samenwerking. De frequentie van de huisbezoeken is afgestemd op de nood (varieert van wekelijks tot maandelijks). In het multidisciplinaire team wordt de begeleiding op regelmatige basis geëvalueerd en wordt er gekeken of de behandelneed in overeenstemming is met de behandelvorm.

Aanmelden gebeurt via de website [www.mobielforensischteam.be](http://www.mobielforensischteam.be). Op de website vindt u uiteraard ook meer informatie.



## Een forensisch psychiatrisch centrum is geen gevangenis

Joris Dheedene, netwerkcoördinator internering Hof van Beroep Gent (Volksgezondheid)  
coördinator Schakelteam Internering  
Katelijne Seynaeve, coördinator extern zorgcircuit geïnterneerden (Justitie)



De overheid koos ervoor om in Vlaanderen twee Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) te operationaliseren. Eén FPC werd gebouwd in Gent en biedt plaats aan 264 high-risk geïnterneerden. In november 2014 werden de eerste patiënten opgenomen. Het tweede FPC in Vlaanderen wordt momenteel opgetrokken in Antwerpen. Dit centrum zal plaats bieden aan 182 geïnterneerde patiënten en zal naar alle waarschijnlijkheid in het najaar van 2016 zijn deuren openen.

### Wat is een FPC?

Een FPC heeft noch het statuut van een gevangenis, noch van een ziekenhuis. Het betreft een federale instelling die zorg biedt gelijkaardig aan deze die in een psychiatrisch ziekenhuis geboden wordt maar dan in een hoger beveiligde omgeving.

Een FPC heeft als schakel in een breed uitgebouwd zorgcircuit een meerwaarde. Detentieschade kan beperkt of voorkomen worden. De opname en de behandeling in een FPC kan de overgang naar het externe zorgcircuit voorbereiden en faciliteren. Door middel van een behandelaanbod kan er immers therapeutisch gewerkt worden zodat er aanknopingspunten voor behandeling komen indien deze er nog niet zouden zijn. Op een bepaald moment is er misschien geen al te hoge beveiligingsvereiste meer terwijl er voor de meeste geïnterneerden wel nog een zorgbehoefte of nood aan omkadering is.

### Forensisch psychiatrisch ziekenhuis Gent

In november 2014 opende het FPC te Gent zijn deuren. Het centrum biedt plaats aan 264 mannelijke geïnterneerden die er een aangepaste behande-

ling krijgen en voor wie een hoog beveiligingsniveau geïndiceerd is. De nadruk wordt gelegd op de interactie met de bestaande hulpverleningssector en op het feit dat het FPC een schakel vormt in een zorgcircuit. Hierdoor wordt een leemte in het bestaande hulpverleningslandschap ingevuld.

De finaliteit is het realiseren van een behandel- en zorgtraject, dit zowel intern in het FPC als naar externe voorzieningen en actoren toe. De behandel eenheden in het FPC dienen complementair te werken én samen te werken met de externe voorzieningen die een behandelaanbod hebben, in functie van de uitstroom uit de gevangnissen en ter realisatie van een vervolgentraject na een opname in het FPC.

Het FPC Gent neemt een patiënt op naar aanleiding van een plaatsingsbeslissing door

de Commissie tot Bescherming van de Maatschappij (CBM). Bij volledige bezetting wordt de geïnterneerde op de wachtlijst geplaatst waarbij het uitgangspunt voor opname de chronologische plaatsingsbeslissing is. Patiënten stromen in via de onthaal- en observatie-eenheid waarbij, na een individueel aanpassings- en stabilisatieprogramma, wordt toegewerkt naar een verpleeg- en behandelplan. Dit plan wordt in overleg met de patiënt opgemaakt en dit binnen een tijdsspanne van drie maanden na opname. Na het vaststellen van het verpleeg- en behandelplan kan de patiënt doorstromen naar de doorgedreven behandel-eenheid van waaruit de patiënten kunnen participeren aan de diverse zorgprogramma's. Afhankelijk van de individuele vorderingen op vlak van behandeling en risicomangement kunnen patiënten in een verdere fase doorstromen naar de minder beveiligde resocialisatie- of re-integratie-eenheden.

Elke stap die gezet wordt binnen het FPC is sterk gekleurd door de rehabilitatiegedachte, dit om enerzijds de plaatsen binnen het FPC te benutten voor die patiënten die effectief een hoog beveiligde behandelsetting nodig hebben en anderzijds om een maximale uitstroom en dus nieuwe vrije plaatsen voor andere geïnterneerde personen in het FPC te creëren.

Uitstroom uit het FPC naar een externe (forensische of reguliere) zorginstellingstel-

ling is mogelijk vanuit elke eenheid. Patiënten hoeven dus niet noodzakelijk het volledige traject te doorlopen. Het FPC Gent adviseert de bevoegde CBM over de uitstroom en stippelt voor de desbetreffende patiënt een re-integratietraject uit. Het komt de CBM toe te oordelen over de geschikte verblijfssituatie en de omkadering van geïnterneerde personen.

Het FPC Gent staat voor grote uitdagingen. Het vertegenwoordigt een zorgvorm die tot op heden in Vlaanderen nog maar zelden werd toegepast. Het FPC Gent heeft een opnameplicht (na plaatsingsbeslissing door de CBM) en stuurt patiënten niet terug naar de gevangenis omwille van gedragsescalatie. Behandelen en beveiligen gaan hand in hand, of eerder, 'behandelen is beveiligen' en dit binnen een milieutherapeutisch kader. Dit creëert een interne dynamiek waarop ook de interne organisatie van het FPC dient ontwikkeld te worden. Het komen tot een efficiënte, performante én veilige organisatiestructuur is dan ook de eerste belangrijke opdracht die het FPC Gent, als opstartende organisatie, momenteel volop aan het realiseren is.

Een tweede belangrijke opdracht is het inschakelen van het FPC Gent in het bredere forensische en reguliere (psychiatrische) zorgnetwerk, zowel residentieel als ambulantly. Dit houdt in dat het aanbod complementair dient te zijn ten opzichte van andere

zorgverstrekkers, met name door zich enkel te richten op die patiënten die effectief een hoge beveiligingsnood hebben. Het is aan het FPC Gent om zich in die zin te profileren; het is aan de plaatsende instantie om gerichte beslissingen dienaangaande te nemen.

Inschakelen in een zorgnetwerk betekent ook dat er samenwerkingsafspraken gemaakt worden met andere zorgvoorzieningen om de uitstroom uit het FPC Gent te kunnen garanderen voor die patiënten die niet langer een dergelijk hoog beveiligingsniveau nodig hebben. Flexibele en creatieve samenwerkingsvormen zullen nodig zijn om, ondanks de gekende drempels binnen het (forensische) zorglandschap, te komen tot een goed functionerend zorgcircuit waarbinnen elke forensische patiënt het zorg- en beveiligingsniveau kan krijgen waartoe hij geïndiceerd is.

De komst van het FPC Gent betekent een belangrijke sprong voorwaarts in het aanbieden van de noodzakelijke zorg voor geïnterneerde personen. De zorgketen voor deze doelgroep is weer een schakel rijker; het blijft evenwel een permanente opdracht om een vlotte doorstroom van de individuele patiënt doorheen deze keten te realiseren.