

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

**BRUSSEL, 12/07/2001**

—  
**Bestuur van de Gezondheidszorgen**

—  
**Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.**

—  
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

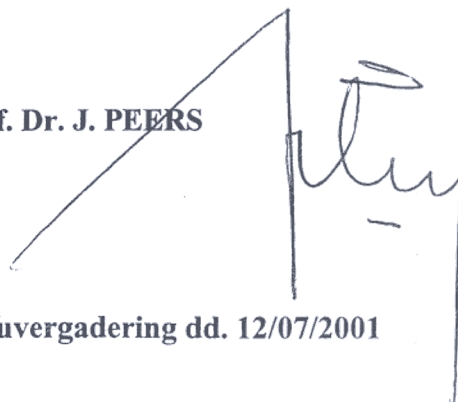
—  
**Afdeling “Programmatie en Erkenning”.**

—  
**O/Ref. : NRZV/D/PSY/196-2 (\*)**

**ADVIES INZAKE**  
**HET ALGEMEEN REFERENTIEKADER VOOR DE**  
**UITBOUW VAN DE “FORENSISCHE**  
**PSYCHIATRISCHE ZORG”**

**DE VOORZITTER,**

**Prof. Dr. J. PEERS**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Peers', written over a vertical line that serves as a separator or part of the signature structure.

**(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciaal Bureauvergadering dd. 12/07/2001**

## 1. Situering

Dit advies werd op 15 juni 2001 unaniem goedgekeurd door de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV en wordt uitgebracht op vraag van minister M. Aelvoet en F. Vandenbroucke dd. 31/1/2001 waarbij aan de permanente werkgroep psychiatrie bij prioriteit een advies werd gevraagd over de inhoud en organisatie van de forensische psychiatrische zorg en dit in het kader van de uitbouw van het concept van zorgcircuits en netwerken.

Dit advies werd voorbereid door een ad-hocwerkgroep onder voorzitterschap van professor dr. P. Igodt.

De werkgroep was samengesteld uit :

- I. Van der Brempt
- R. De Rycke
- H. Schröter
- J. Bollen
- J. Van Holsbeke
- J. Boydens
- G. Goyvaerts
- M. Vandervelden
- C. Frogneux

De werkgroep vergaderde op 8/2/2001 – 1/3/2001 – 26/1/2001.

Daarenboven werden in het kader van de werkzaamheden van de ad-hocwerkgroep op 22/3/2001 en op 24/4/2001 “hoorzittingen” georganiseerd. Tijdens deze twee hoorzittingen kwamen volgende personen aan het woord:

- G. Walpot
- R. Verelst
- J. Casselman
- P. Van der Jeugt
- M. Vandenbroucke
- A. Daillet
- X. Bongaerts
- T. Pham
- V. Martin

Aan deze experts werd de mogelijkheid geboden om uitgaande van hun ervaringen en inzichten aan te geven op welke wijze de forensisch psychiatrische zorg in de toekomst dient uitgebouwd te worden.

Daarbij werd o.a. kennis genomen van volgend rapporten en initiatieven inzake de organisatie van de forensisch psychiatrische zorg:

- Het eindverslag van de commissie internering dd. April 1999 van het ministerie van Justitie
- Voorontwerp van wet tot “hervorming van de wet betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis” (opgesteld door Oscar Vandemeulebroeke in opdracht van de minister van Justitie)

Rapport “ Ons kent ons “ betreffende de praktijk van samenwerking in de forensische zorg en het rapport “ grensstromen “ over grenzen en patiënten stromen in de forensische zorg in Nederland, evenals de resultaten van het congres d.d. 22/2/2001 te Amsterdam, over “samenwerking in werken,circuits en forensisch psychiatrische eenheden...”

ontwerpnota's van de permanente werkgroep psychiatrie m.b.t. een voorstel voor een pilootproject inzake een specifieke afdeling voor forensische psychiatrie; voorstellen van de minister van Justitie m.b.t. de subsidiëring door Justitie van behandelmogelijkheden voor geïnterneerden in psychiatrische ziekenhuisdiensten en het samenwerkingsakkoord tussen de minister van Justitie en de Vlaamse minister van Welzijn m.b.t. de afbakening van de bevoegdheden en de organisatie van de samenwerking ...

- het federaal veiligheids- en detentieplan van de minister van Justitie M.Verwilghen.
- het beleidsplan voor de geestelijke gezondheidszorg: “de psyche, mij een zorg ?!” van minister M. Aelvoet en F.Vandenbroucke

tot slot werd kennis genomen van de resultaten van de bevraging m.b.t. de behandeling van geïnterneerden in psychiatrische ziekenhuizen in 1999 (rapport dd. 04/24/01).

## **2. Keuze van het opzet en de doelstellingen van het uit te brengen advies**

Diverse benaderingen m.b.t. het opzet en de doelstellingen van het uit te brengen advies werden in overwegingen genomen o.a.:

- de inhoud van het advies specifiek richten op de vraag naar de hervormingen van de psychiatrische zorg voor de doelgroep “geïnterneerden” ?
- de inhoud van het advies specifiek richten op de actualisatie van het eerder in de permanente werkgroep psychiatrie geformuleerd voorstel m.b.t. “pilotprojecten voor een specifieke (ziekenhuis)afdeling voor forensische psychiatrie.
- Een algemeen advies uitbrengen over de krachtlijnen voor de globale organisatie van de diverse vormen van forensisch psychiatrische zorg en dit in het perspectief de ontwikkeling van enerzijds “deelaspecten” van de forensische zorg in kader van zorgvernieuwingsinitiatieven en anderzijds de inpassing van de forensische zorg in de uitbouw van voorzieningoverschrijdende en doelgroepgerichte zorgprogramma's in netwerken en zorgcircuits.

In het formuleren van dit advies werd voor deze laatste benadering gekozen. Daarom wordt een zgn. “kaderadvies” wordt geformuleerd m.b.t. de basisprincipes voor de organisatie van de forensische zorg, de beschrijving van de diverse justitiële en psychiatrische kenmerken van de betrokken patiënten, de in het forensisch psychiatrisch aanbod vereiste zorgfuncties en zorgmodaliteiten evenals de wijze van samenwerking die gewenst is enerzijds binnen de geestelijke gezondheidszorg en anderzijds tussen de geestelijke gezondheidszorg en justitie en welzijn, ...

De permanente werkgroep psychiatrie neemt zich voor om in een tweede fase vanuit dit algemeen referentiekader een aanvullend advies uit te brengen over de concrete invulling die kan gegeven worden aan deelaspecten van de uit te bouwen zorgopdrachten in de

forensische zorg o.a. over de oprichting van eenheden voor forensische psychiatrie in ziekenhuizen, de begeleiding en verzorging in meer genormaliseerde woonvormen (cfr. Beschut wonen en PVT), de organisatie van de psychiatrisch zorgverlening aan gedetineerden (in de gevangenissen) de resocialisatie en reclassering..., kortom een meer uitgewerkte beschrijving van een globaal lastenboek van zorgmodules die voor deze problematiek al dan niet in een specifieke setting moet georganiseerd worden.

### **3. Algemeen kader : uitgangspunten, knelpunten, aanbevelingen, ...**

Over wie gaat het ?

Het advies gaat uit van een "brede" doelgroepomschrijving" met de mogelijkheid om daarbinnen een aantal meer specifieke "deelpopulaties" te herkennen zoals "geïnterneerden" – gedetineerden ... met andere woorden de diverse patiëntensituaties waarbij sprake is van een psychiatrische problematiek en een gerechtelijke betrokkenheid in uiteenlopende juridisch statuten (niet alleen bij volwassenen maar ook bij kinderen en jeugdigen). Daarom werd door sommige experts voorgesteld om in de toekomst eerder de term "gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg" te gebruiken. Uit deze doelgroepomschrijving worden uitgesloten de patiënten die enkel een juridisch statuut hebben van "gedwongen opname" in het kader van de wetgeving ter bescherming van de persoon van de geesteszieke moeten. Over deze deelpopulatie van de GGZ zal de permanente werkgroep psychiatrie een additioneel advies uitbrengen. Aanleiding hiertoe is de evaluatie van het inmiddels 10-jarig bestaan van de wet op de bescherming van de persoon.

In meerderheid bestaat de globale groep uit "mannen – volwassenen", dit neemt niet weg dat er ook een weliswaar kleinere groep van "vrouwen" is waarvoor geëigende forensische zorg moet voorzien worden.

Vast staat dat ook voor "jeugdigen" een specifieke benadering vereist is gezien de combinatie van welzijn, onderwijs, jeugdbijstand, jeugdrechter ...

Bovendien wordt vastgesteld dat forensisch psychiatrische stoornissen niet alleen levensfase gebonden kenmerken vertonen maar eveneens raakvlakken hebben met problemen inzake middelengebruik.

Een bijzondere deelpopulatie zijn de mentaal gehandicapten die delicten plegen.

Kwantitatieve en kwalitatieve kenmerken.

Cijfergegevens over de totale populatie van patiënten die in aanmerking dient genomen te worden zijn op dit ogenblik zeer onvolledig. De deelpopulatie waarover het meest cijfermateriaal beschikbaar is zijn de geïnterneerden.

Geïnterneerden : aantallen.

In het verslag van de commissie internering van het Ministerie van Justitie is te lezen dat

jaarlijks  $\pm$  380 personen worden geïnterneerd  $\pm$  83 % onder hen zitten in de leeftijdsgroep 18 tot 45 jaar;  
 het totaal aantal personen onder het statuut van geïnterneerden op 15/1/1998  $\pm$  2.953 bedroeg;  
 van deze 2.953 geïnterneerden verbleven er  $\pm$  1.224 in instellingen voor sociaal verweer en of in psychiatrische annexen van de gevangenissen; 505 geïnterneerden verbleven in psychiatrische ziekenhuizen, beschut wonen of PVT; 1.097 waren vrij op proef buiten deze voorzieningen en 130 onder hen stonden geboekstaafd als "gezocht".

Uit de resultaten van de enquête in de psychiatrische voorzieningen blijkt dat in 1999 367 geïnterneerden werden opgenomen waarvan 81 % in psychiatrische ziekenhuizen, 17 % in beschut wonen en 2 % in PVT.

Uit diezelfde gegevens blijken ook grote verschillen in opname patronen in Vlaanderen versus Wallonië. In Wallonië worden het grootste deel van de geïnterneerden opgenomen in de twee instellingen voor sociaal verweer : Tournai en Pfaive. In Vlaanderen wordt mede door de beperkte opname en behandelmogelijkheden in Turnhout en Merksplas meer geïnterneerden opgenomen in psychiatrische voorzieningen.

## Geïnterneerden : diagnose kenmerken

Van de deelpopulatie geïnterneerden is uit een bevraging vanuit Justitie door dr. Max Vandenbroucke bekend dat volgende 3 diagnosegroepen er het meest voorkomen :

- persoonlijkheidsstoornissen (vooral antisociale);
- cognitieve stoornissen (o.a. zwakzinnigheid);
- psychotische stoornissen.

Bij de in de psychiatrische voorzieningen zijn volgende diagnosegroepen overwegend aanwezig :

- psychotische stoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen;
- middelen misbruik.

Geïnterneerden met seksuele stoornissen zijn weinig aanwezig in de psychiatrische voorzieningen.

In vele gevallen gaat het om hospitalisaties met een lange verblijfsduur.

Met het oog op het beschrijven van een globaal lastenboek van opdrachten dat door de gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg zal moeten opgenomen worden, is het noodzakelijk om bijkomende gegevens te verzamelen over o.a. het aantal gedetineerden en het aantal personen in voorlopige hechtenis die nood hebben aan psychiatrische hulpverlening, ook voor andere gerechtscliënten van de GGZ bv. in de doelgroep jeugd moeten cijfermateriaal verzameld worden m.b.t. hun aantal, de specifieke aard van de stoornissen en de betrokkenheid van enerzijds de GGZ (o.a. kinderpsychiatrie) en anderzijds de jeugdrechtbanken en de initiatieven inzake bijzondere jeugdzorg.

De permanente werkgroep psychiatrie zal voor de doelgroep jeugd een aanvullend advies uitbrengen over het traject van zorgopdrachten dat voor deze jongeren moet opgenomen worden en dit rekening houdend met de betrokkenheid van bevoegdheden vanuit justitie maar ook vanuit onderwijs, welzijn, ...

## De zorgverlening.

De permanente werkgroep psychiatrie heeft tijdens de hoorzittingen moeten vaststellen dat er voor alle patiëntengroepen bijzonder grote en schrijnende lacunes zijn in het zorgaanbod en dit zowel op het kwantitatieve als op het kwalitatieve vlak.

Daarenboven kan nog worden vastgesteld dat specifieke juridische statuten waarin de betrokken “geesteszieken” zich bevinden, los van hun pathologie en verzorgingsbehoeften, in belangrijke mate op negatieve wijze de toegankelijkheid, de aard, de omvang en de kwaliteit van de geboden zorg beïnvloeden, ...

Deze vaststelling hangt nauw samen met het feit dat deze juridische statuten ook bepalen in welke mate en op welke wijze de zorg wordt gefinancierd (Justitie versus ziekteverzekering versus gemeenschapsfinanciering in de centra voor GGZ).

Tijdens de hoorzittingen werd het grote belang onderlijnd om te voorzien in specifieke deskundigheid en ervaring inzake forensische psychiatrische zorg die ondermeer vereist is

- het uitvoeren van psychiatrische forensische expertise;
- het opstellen van degelijke deskundige verslagen omtrent de evaluatie van de gevaarlijkheid en de inschatting van het risico op recidieven;
- de behandeling en begeleiding van specifieke forensische stoornissen zoals psychopathie.

Ook werd gewezen op enerzijds de noodzaak aan specifieke forensisch psychiatrische benaderingen voor sommige zorgopdrachten : bv. diagnostiek, zorg voor high risk en mediumrisk patiënten en anderzijds de noodzaak om te voorzien in een volledig en in het geheel van de GGZ geïntegreerd traject van zorgopdrachten met daarin de nodige waarborgen op begeleiding en doorstroming bv. via duaal casemanagement. Duaal casemanagement is een organisatievorm waarbij twee casemanagers een cliënt begeleiden. In de forensische zorg in Nederland betreft het een samenwerkingsverband tussen een reclasseringswerker (die trajectbegeleidings- en toezichtfunctie uitoefent) en een geestelijk gezondheidswerker (die de zorgfunctie vervult).

Tenslotte werd aangegeven dat voor vele fasen in het zorgproces of niveau van risico en beveiliging de behandelnoten en modaliteiten van zorg zeer vergelijkbaar zijn met die van de doorsnee psychiatrische patiënt van de leeftijdsgroep en dat aansluiting van de forensische zorg met de reguliere geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk is om de rehabilitatie en reïntegratie te kunnen realiseren.

## 4. Advies

### Basisprincipes voor de uitbouw van de forensisch psychiatrische zorgverlening

De permanente werkgroep psychiatrie adviseert om in de toekomst uit te gaan van volgende principes :

iedereen heeft recht op adequate en kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg, wanneer hij/zij daartoe behoefte heeft;

dit recht geldt onverminderd voor plegers van misdrijven, ongeacht hun juridisch statuut en, de plaats, waar zij verblijven;

de beschikbaarheid, inhoud en modaliteiten (o.a. op het niveau van tussenkomst van de ziekteverzekering) van deze “forensische geestelijke gezondheidszorg” verschillen niet van deze, geleverd aan elke andere burger;

de “forensische geestelijke gezondheidszorg” betekent niet alleen een dienstverlening aan de patiënt / cliënt, maar wordt eveneens gekenmerkt door een mogelijkheid tot een beveiligende opdracht ten aanzien van de maatschappij;

Door goede forensische diagnostiek, behandeling en begeleiding kan ook het risico op recidief beperkt worden.

- ° de forensische zorg is erop gericht, voor de betrokkenen een zo normaal mogelijke levenssituatie en levensperspectief mogelijk te maken met inbegrip van rehabilitatie en reïntegratie, in acht genomen de maatschappelijke bekommernissen aan veiligheid en de bescherming van de integriteit van personen.

Voorstellen die vanuit deze principes worden geformuleerd :

1/ onafgezien van het juridisch statuut van de gerechtscliënt dient de geestelijke gezondheidszorg integraal gefinancierd te worden via “volksgezondheid”

voor de financiering van de gezondheidszorg waarvoor de federale overheid bevoegd is, betekent dit dat bv. geïnterneerden (al dan niet vrij op proef) maar ook gedetineerden volwaardig een beroep moeten kunnen doen op de gezondheidszorgen die door Volksgezondheid en/of de Ziekteverzekering worden betaald.

2/ De extra kosten voor het aspect “Veiligheid en vrijheidsberoving” die in de diverse juridische statuten wordt opgelegd zowel binnen als buiten de gevangissen moet daarentegen gedragen worden door “Justitie”

3/ Ieder blijft verantwoordelijk voor eigen opdracht

De verantwoordelijkheid en de sturing van de inhoud en de organisatie van het aspect geestelijke gezondheidszorg moet uitgaan van de gezondheidszorg actoren.

De verantwoordelijkheid voor de sturing en organisatie van het aspect Justitie (veiligheid – straf – vrijheidsberoving - ...) moet uitgaan van Justitie. Beide moeten elkaars uitgangspunten en organisatieprincipes respecteren.

4/ Globaal beleidsplan als draagvlak voor Interactie en samenwerking

De interactie tussen beide dient ondersteund te worden vanuit “globale protocollen” tussen Justitie/Gezondheid/welzijn ... en vertaald in concrete hanteerbare samenwerkingsafspraken op het terrein. Daarbij zullen afspraken moeten gemaakt worden inzake verantwoordelijkheid, communicatie, rapportering en het respecteren van het beroepsgeheim.

De basisprincipes voor deze samenwerking “samenspel” tussen gezondheid, Justitie, welzijn, ... tussen federale en gemeenschapsbevoegdheden zouden best globaal beschreven worden in een “interministeriële beleidsnota” (cf. benadering drugsbeleid).

**5/ Algemeen GGZ en forensisch psychiatrische zorg : niet scheiden wel zo nodig onderscheiden**

De gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg omvat een veelheid van zorgopdrachten (= zorgfuncties in specifieke modaliteit met een specifieke doelstelling).

Soms zijn die zorgopdrachten t.a.v. gerechtscliënten specifiek doordat :

- a) deze zorg een bijzondere “kennis, ervaring-expertise ...” veronderstelt die niet in het brede werkveld van de GGZ aanwezig is. In dat geval kan men zich de vraag stellen of de specifieke kennis naar de “reguliere plaats van GGZ moet gebracht worden” dan wel of de patiënten samengebracht moeten worden in specifieke zorgmodules die over deze kennis en expertise beschikken.

Bv. bij psychiatrisch forensische expertisen en het opstellen van degelijke deskundige verslagen m.b.t. de procedure voor internering.

Bv. bij diagnose, risicoinschatting,

Bv. voor de behandeling van psychopaten.

- b) de juridische aspecten van het statuut van de gerechtscliënt en/of de beveiligings- en gevaarsaspecten van die aard zijn dat niet de aard van de zorg maar wel de plaats en de modaliteit van de zorg een specifieke setting vereist.

Bv. GGZ aan personen die om juridische redenen voorhechtenis, veroordeling . in de gevangenis moeten verblijven.

Bv. geïnterneerden van de categorie high risk (uitgesproken gevaarsdimentie of risico op recidief) ...

Daartegenover staat dat alle zorgopdrachten die in de GGZ op het zorgprogramma staan (nu psychiatrische ziekenhuizen, PVT, Beschut Wonen – CGG – ambulante ...) later zorgmodules ook moeten toegankelijk zijn en moeten voorzien worden voor gerechtscliënten.

**6/ Specifieke traject met specifieke modules binnen elk van de zorgcircuits die per leeftijdsgebonden beleidsdoelgroepen zullen uitgebouwd worden**

Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg moet in de toekomst zowel voor de specifieke als voor de niet-specifieke aspecten van de zorg een deelopdracht zijn van elk van de leeftijdsgebonden = jeugd/volwassenen/ouderen doelgroepgericht GGZ-zorgprogramma.

Binnen elk van deze leeftijdsdoelgroepen kan bij de realisatie van de opdrachten inzake gerechtelijke geestelijke gezondheid waar nodig en nuttig gewerkt worden met een specificatie naar deelproblematieken m.b.t. toxicomanie – mentale handicap.



**7/ Elk netwerk heeft ten aanzien van de beoogde doelgroep in het eigen werkingsgebied zorgplicht ook voor de inzake gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg (GGGZ).**

Het vertrekpunt moet zijn dat ook voor de zorgvragen inzake Gerechtelijke Geestelijke gezondheidszorg elk netwerk verantwoordelijk blijft voor de toelevering van voldoende en aangepaste GGZ voor de gerechtscliënten uit het eigen werkingsgebied.

Voor specifieke opdrachten, waarvoor het aantal patiënten te beperkt is en/of de beschikbare kennis en expertise best geconcentreerd wordt, kunnen netwerken samenwerken om deze opdrachten uit het eigen zorgprogramma gezamenlijk te organiseren (inter netwerk modules) bv. forensische psychiatrische expertisecentrum, high risk in gevangenissen of mediumrisk afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Voor andere minder specifieke of meer frequent te organiseren zorgopdrachten moet elk netwerk instaan verwijzing naar supra netwerk opdrachten ontnemt met het verder verantwoordelijk zijn voor vervolgfases in de zorg, traject begeleiding, Op die wijze kan voorkomen worden dat “gespecialiseerde eenheden” dichtslibben door gebrek aan doorstroming.

8/ Het werkingsgebied van “Justitie” (bv. CBM-commissie) moet niet noodzakelijk identiek zijn aan het werkingsgebied van de netwerken die voor GGZ hulpverlening van deze gerechtscliënten instaan.

9/ De kennis en expertise ontwikkeling in de Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg moet gestimuleerd worden via vorming, onderzoek, specialisatie o.a. met de medewerking van de universiteiten.

**10/ Pilotprojecten op deelopdrachten en op deelpopulaties**

Meer gedifferentieerde en specifieke zorgvernieuwingsprojecten voor bv. “de geïnterneerden” zijn nodig maar slechts aanvaardbaar als ze uitdrukkelijk geconcipieerd worden als stapstenen (eerste onderdelen) van een geïntegreerd aanbod in kader van doelgroepgerichte GGZ-netwerken.

Dit veronderstelt dat bij het opstarten van zorgvernieuwingsprojecten wordt rekening gehouden met volgende aanbevelingen :

- geen « solo » initiatieven van Justitie of Volksgezondheid ;
- geen solo initiatieven van een of enkel instellingen;
- van in het begin een functionele samenwerking voorzien met andere GGZ-actoren in het werkingsgebied;
- voorzien in externe begeleiding en evaluatie van de projecten.