



Leerboek **Forensische psychiatrie**

Kris Goethals, Gerben Meynen,
Arne Popma
(redactie)

de Tijdstroom

Prof.dr. K.R. Goethals, prof.dr. G. Meynen, prof.dr. A. Popma (redactie)

Leerboek forensische psychiatrie

De Tijdstroom/Boom, Amsterdam

© Boom uitgevers Amsterdam, 2019. De auteursrechten van de afzonderlijke bijdragen liggen bij de auteurs.

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers
Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp, Utrecht
Verzorging binnenwerk: Joop Bierling, Alces Alces, Houten

ISBN 978 90 24430086
NUR 875

www.boompsychiatrie.nl
www.bua.nl

Inhoud

Inleiding – 9

Hoofdstuk 1 Tbs: niet langer behandelen dan noodzakelijk, niet korter dan nodig – 13

Hjalmar van Marle en Michiel van der Wolf

Hoofdstuk 2 Internering – 29

Ingeborg Jeandarme en Els Schipaanboord

Hoofdstuk 3 Onderzoek en rapportage pro Justitia van jongeren – 47

Nils Duits en Martin Wiznitzer

Hoofdstuk 4 Risicotaxatie in de tbs – 69

Richtlijnen voor het gebruik van instrumenten voor het voorspellen van geweldsrecidive

Marinus Spreen, Paul Ter Horst en Stefan Bogaerts

Hoofdstuk 5 Agressie in forensisch psychiatrische instellingen – 83

Henk Nijman, Frans Fluttert en Liza Cornet

Hoofdstuk 6 Meisjes en vrouwen in de forensische psychiatrie – 103

Vivienne de Vogel en Anne Krabbendam

Hoofdstuk 7 Adolescenten die seksueel geweld plegen – 119

Luk Gijs en Jan Hendriks

Hoofdstuk 8 Pedofilie, pedoseksualiteit en andere parafilieën – 143

Jules Mulder en Kris Goethals

Hoofdstuk 9 Diagnostiek van psychopathie – 159

Sylvia Lammers, Marije Keulen-de Vos, Arjan de Groot en Kasia Uzieblo

Hoofdstuk 10 Ontwikkeling van gedragsstoornissen en psychopathie – 185

Lucret Jansen en Arne Popma

Hoofdstuk 11 Neurorecht – 199

Gerben Meynen en Arne Popma

Hoofdstuk 12 Juridische kaders in Nederland – 211

Paul Mevis

Hoofdstuk 13 Juridische kaders in België – 229
Het strafrechtelijke traject in een notendop
Henri Heimans

Hoofdstuk 14 Toerekeningsvatbaarheid – 243
Ko Hummelen en Gerben Meynen

Hoofdstuk 15 Relevante psychische stoornissen in de strafrechtspleging – 257
Frans Koenraadt en Kris Goethals

Hoofdstuk 16 Persoonlijkeheidsproblematiek: functionele forensische diagnostiek en behandeling – 277
Wim Canton, Marije Keulen-de Vos, Evelyn Klein Haneveld en Wim van Kordelaar

Hoofdstuk 17 Psychodiagnostiek en behandeling bij plegers met een intellectuele disfunctie – 299
Kasia Uzieblo, Claudia Pouls, Petra Habets en Inge Jeandarme

Hoofdstuk 18 Verslaving en criminaliteit – 319
Jan van Amsterdam, Maarten Koeter† en Wim van den Brink

Hoofdstuk 19 Neurologie: trauma capitis, cognitieve achteruitgang, epilepsie en slaapstoornissen – 337
Josje Oomkens, Cees Jonker en Sigfried Schouws

Hoofdstuk 20 Forensisch psychiatrische voorzieningen en aansluiting met de reguliere ggz in Nederland – 351
Petra Schaftenaar en Ivo van Outheden

Hoofdstuk 21 Forensisch psychiatrische voorzieningen en aansluiting met de reguliere ggz in Vlaanderen – 365
Nils Verbeeck, Jan De Varé en Rudy Verelst

Hoofdstuk 22 Oudere delinquenten, meer dan 50 tinten grijs – 389
Stefaan De Smet, Mathieu Vandenbulcke en Lies Van Assche

Hoofdstuk 23 Ethiek van de werkvloer – 407
Moreel beraad in de forensische psychiatrie
Swanny Kremer en Guy Widdershoven

Hoofdstuk 24 Slachtoffers van misdrijven – 421
Marc Groenhuijsen en Antony Pemberton

Hoofdstuk 25 Simulatie: enkele misvattingen nader belicht – 435
Alfons van Impelen, Isabella Niesten, Marko Jelacic en Harald Merckelbach

Hoofdstuk 26 Psychiatrische stoornissen en detentie – 453

Oscar Bloem, Erik Bulten en Paul Cosyns

Hoofdstuk 27 Behandeling van gedragsgestoorde kinderen, jongeren en jongvolwassenen – 469

Dirk van West en Robert Vermeiren

Hoofdstuk 28 Transculturele psychiatrie – 485

Mario H. Braakman en Gökhan Göktas

Hoofdstuk 29 Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: fundamenten en praktijk – 501

Vivienne de Vogel, Michiel de Vries Robbé en Ellen van den Broek

Noten – 527

Personalia – 537

Register – 541

Inleiding

Het werkveld van forensisch psychiaters en andere forensische zorgverleners bevindt zich op het raakvlak van de psychiatrie en het recht, in het bijzonder het strafrecht. De benaming ‘forensisch’ is afgeleid van het Latijnse woord *forum*, dat te vertalen is als ‘marktplaats’. Hierbij wordt verwezen naar het openbaar optreden van een psychiater of andere gedragsdeskundige als getuige-deskundige tijdens een strafrechtsproces in de rechtbank, en vroeger op het marktplaats van een stad.

Er zijn verschillende belangrijke punten waarop het strafrecht en de geestelijke gezondheidszorg elkaar ontmoeten. Het traditioneelste en meest tot de verbeelding sprekende raakvlak – bijvoorbeeld in films – is het psychiatrisch deskundigenonderzoek in strafzaken. Maar daarnaast zijn er, onder meer, de zorg in detentie, de terbeschikkingstelling, de internering, forensische poliklinieken, en zorg in jeugdinstellingen.

Dit eerste *Leerboek forensische psychiatrie* is tot stand gekomen vanuit de vraag wat onderscheidend is aan de forensische psychiatrie. Het gaat daarbij in elk geval om een viertal aspecten, die elkaar niet uitsluiten, sterker nog: die elkaar in belangrijke mate kunnen overlappen.

- Omdat forensisch psychiaters en andere zorgverleners zich bewegen op de grens van psychiatrie en recht, is kennis van het straf(proces)recht en de (praktische) wisselwerking tussen psychiatrie en rechtspraak essentieel. Afhankelijk van de precieze functie kan het voor Nederlandse professionals belangrijk zijn zich niet alleen te verdiepen in het strafrecht, maar ook nader in de Penitentiaire beginselenwet, de Wet forensische zorg en de Wet zorg en dwang. Voor Vlaamse collega's zijn het Strafwetboek, de Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, de Interneringswet, de Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (WBPG) en de Wet betreffende de rechten van de patiënt (WRVP) van bijzonder belang.
- Rapporteren voor de rechtbank is een van de bijzondere rollen van de forensisch psychiater. In rapportages pro Justitia (Nederland) of expertiseverslagen (Vlaanderen) doen psychiaters ingrijpende en verstrekkende uitspraken over verdachten van een misdrijf. Het is een uitspraak op één punt in de tijd, die voor een lange periode – soms de rest van een mensenleven – gevolgen kan hebben. Zorgvuldigheid is derhalve vereist. In Nederland is het schrijven van rapportages onderdeel van de algemene opleiding tot psychiater. Voor psychiaters die zich verder willen bekwamen in het rapporteren voor de rechtbank, bestaat de opleiding tot pro-Justitiarapporteur, georganiseerd vanuit het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). Daarbij dient er ook aandacht te zijn voor de bijzondere professionele rol van een rapporteur – die geen behandelrelatie heeft – en de ethische aspecten daarvan.
- De laatste jaren is binnen de forensische psychiatrie – en binnen de samenleving als geheel – de nadruk meer en meer komen te liggen op risicotaxatie en risicomanagement. Risicotaxatie en risicomanagement gelden als de ‘corebusiness’ van de forensische ggz. De opdracht aan de forensisch psychiater en psycholoog is de kans op delictherhaling zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen. In de huidige praktijk wordt

gebruikgemaakt van actuariële risicotaxatie en van gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten. Een belangrijke vraag daarbij is: hoe zetten we deze instrumenten – met oog voor hun kracht en beperkingen – verantwoord in op verschillende punten in het strafrecht (bijvoorbeeld bij de rapportage over verdachten en gedurende de tbs-behandeling)? Na de risicotaxatie volgt vanzelfsprekend het (advies over) risicomanagement, waarbinnen de risicotaxatie een vaste component blijft.

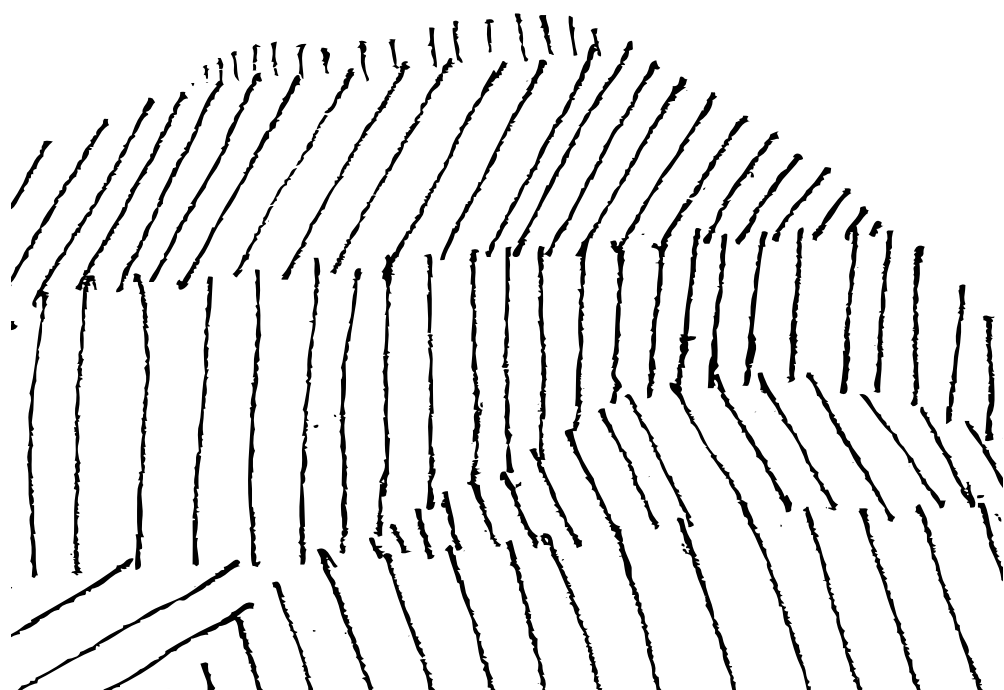
- Psychopathologie is het vierde onderscheidende punt dat heel belangrijk is. Daarbij geldt dat er vanzelfsprekend een grote overlap is tussen de forensische en de algemene psychiatrie wat betreft psychische stoornissen. Een gedetineerde kan een ‘gewone’ paniekstoornis of depressie ontwikkelen. Toch zijn er belangrijke verschillen. Zo kan een psychiater de opleiding tot volwassenpsychiater afronden zonder ooit iemand vanwege een parafilie behandeld te hebben. In de forensische psychiatrie is dit echter een belangrijk type stoornis. Daarnaast zijn er in de algemene psychiatrie eigenlijk geen behandelinterventies die gericht zijn op mensen met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis, waar dat in de forensische psychiatrie juist een centraal punt van aandacht is. Ook daar waar overlap bestaat, bijvoorbeeld ten aanzien van psychotische stoornissen, kan er sprake zijn van een andersoortige of vreemdsoortige presentatie; de forensische psychiatrie laat ongewone, maar soms ook extreme vormen van symptomatologie zien. Tot slot is er binnen de forensische psychiatrie dikwijls sprake van veel comorbiditeit (middelenafhankelijkheid, intellectuele beperking), waarbij comorbide stoornissen ook met de behandeling van een andere stoornis kunnen interfereren. Naast een allround kennis van de psychiatrische kliniek is daarom een gedegen kennis van forensisch bijzonder relevante stoornissen noodzakelijk.

Deze thema's komen – naast andere – in dit boek keer op keer en vanuit verschillende gezichtspunten terug.

Dit leerboek is geschreven voor het Nederlandse taalgebied en daarmee relevant voor zowel Vlaanderen als voor Nederland. De auteurs van de hoofdstukken – klinici en onderzoekers – komen niet alleen uit verschillende rechtssystemen, maar ook uit verschillende disciplines, waardoor hier en daar een verschillende schrijfstijl, benadering en opbouw van de hoofdstukken gebruikt zijn. Dergelijke verschillen zijn ook eigen aan een veelzijdig en veelkleurig veld als de forensische psychiatrie.

We hopen dat deze uitgave niet alleen behulpzaam is bij het verkrijgen van kennis, maar ook leidt tot inzicht in en enthousiasme voor dit bijzondere – en ook serieuze en uitdagende – terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

Kris Goethals, Gerben Meynen
Voorjaar 2019



1 Tbs: niet langer behandelen dan noodzakelijk, niet korter dan nodig

Hjalmar van Marle en Michiel van der Wolf

- 1 Inleiding
- 2 Geschiedenis
- 3 Voorwaarden voor oplegging
- 4 Psychisch gestoord
- 5 Herhalingsdelicten voorkomen
- 6 Behandeling
- 7 Duur
- 8 Rechtsbescherming
- 9 Tot besluit
- Takehomemessages
- Literatuur

1 Inleiding

Tbs, voluit terbeschikkingstelling, is een afkorting die iedereen kent uit het nieuws en die een slechte connotatie heeft. Tbs staat voor moord en doodslag, seksuele delicten en psychisch gestoord, dus vast irrationeel willekeurig geweld. Tbs komt doorgaans alleen in het nieuws bij herhaalde ernstige delicten door een patiënt die 'niet vrij had mogen rondlopen', bij onregelmatigheden tijdens verlof en bij ontvluchtingen. Recentelijk is de berichtgeving rond Michael P. in de zaak-Anne Faber een uitzondering op die regel; het mediaframe was dat hij juist een herhaald ernstig delict pleegde omdat hij geen tbs gehad had. Toch bestaat de tbs al bijna honderd jaar, heeft ze altijd al kritiek gekregen – en vaak dezelfde. De tbs is een maatregel voor speciale preventie, dat wil zeggen: specifiek gericht op het individu dat een misdaad heeft gepleegd onder invloed van een psychische stoornis en daarvan voor altijd weerhouden moet blijven. Ernstig delict, psychische stoornis, herhaling voorkomen: ziehier de drie ingrediënten van de voortdurende controverse. Er staan namelijk maar twee praktische mogelijkheden open om die drie kernpunten aan te pakken: opsluiting zodat de tbs-gestelde geen gevaar meer oplevert voor de maatschappij (maar dat kan dan nog wel in de instelling waar hij verblijft) en behandeling zodat de stoornis die een essentieel onderdeel is van het delict, wordt opgeheven. Maar opsluiten en behandelen zijn in wezen tegenstrijdige acties. In de tbs-behandeling wordt geprobeerd beide voorwaarden met elkaar te combineren.

De tbs is per definitie voor onbepaalde tijd. Elk jaar of elke twee jaar verlengt de strafrechter deze maatregel of hij beëindigt hem. Ook het Openbaar Ministerie kan de tbs beëindigen door niet meer verlenging te vorderen. Vanaf het begin hebben altijd een klinisch gesloten en een voorwaardelijk ambulante variant bestaan; de laatste is enkele keren veranderd in de wet, afhankelijk van de sancties op het niet naleven van de aanwijzingen of voorwaarden. In het Wetboek van Strafrecht wordt gesproken van tbs met bevel tot verpleging en van tbs met voorwaarden. In 1988 is er in de vernieuwde tbs-wetgeving (voordien was er sprake van tbr: terbeschikkingstelling van de regering) nog een variant opgenomen: de gemaximeerde tbs, die maximaal vier jaar kan duren. Deze kan opgelegd worden wanneer er geen sprake is van fysiek geweld, maar wel van een tbs-waardig delict, zoals bedreiging met geweld of brandstichting zonder gevaar voor personen. Deze variant is vanwege de vaststaande relatief korte duur en een strafrechtelijk minder zwaar delict nooit populair geworden. In het nu volgende worden deze onderwerpen uitvoeriger beschreven.

Opsluiten, detentie, ook wel incapacitatie genoemd, is gericht op beveiliging en beheersing opdat de opsluiting correct geschiedt: ze is immers een straf, een vergelding van het delict door de rechter namens de maatschappij, ter afschrikking van herhaling en van anderen die ook een delict willen plegen, de 'generale preventie' in tegenstelling tot de 'speciale preventie' voor de tbs-gestelde. Behandeling heeft juist een geheel andere bedoeling. In essentie kan behandeling niet plaatsvinden wanneer de patiënt niet wil meewerken. Op de een of andere manier zal die toch zijn gedrag moeten aanpassen en zich moeten verbeteren, binnen en buiten de muren van de tbs-instelling. De patiënt zal dus in de behandeling moeten worden getrokken door bepaalde beloningen in de toekomst, zoals verlof. Nieuw gedrag aanleren is moeilijk. Er moet een gelegenheid zijn dit gedrag te proberen om te zien of het bij iemand past. De tbs is daarom ook een 'slipschool', waarin

de patiënt nieuw gedrag kan proberen zonder anderen te schaden – maar daar moet wel ruimte voor zijn, figuurlijk binnen de kliniek door een permissieve omgeving en letterlijk buiten de kliniek door verloftoetsing. Hoe nu opsluiten en behandelen te combineren zonder de patiënt zijn motivatie tot veranderen af te pakken?

Deze vraag zullen we hier proberen te beantwoorden door de eerdergenoemde aspecten van de tbs te bespreken en de raakvlakken ertussen kritisch te analyseren. Het doel is de tbs te laten zien als een eenheid, de strafrechtelijke maatregel om herhalingsdelicten te voorkomen enerzijds door detentie op de korte termijn en anderzijds door behandeling voor de beveiliging op de lange termijn. Dit tweesnijdende zwaard van Vrouwe Justitia blijkt een effectief middel om herhalingsdelicten te voorkomen (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, 2011), maar net als bij elk medicijn wanneer het werkzaam is, heeft het ook bijwerkingen.¹

2 Geschiedenis

In het Nederlandse strafrechtelijke sanctiearsenaal bestaat een ‘tweesporenstelsel’ van straffen en maatregelen en de mogelijke combinatie daarvan in de vorm van eerst gevangenisstraf (de straf als vergelding) en dan de maatregel (de behandeling ter preventie van recidive) die door de strafrechter gezamenlijk kunnen worden opgelegd, het zogeheten combinatievonnis. Het combineren van straffen en beveiligen/behandelen is ontstaan op basis van de vereniging van de twee belangrijkste richtingen in het strafrecht, met elk een eigen mensbeeld en een daarbij behorende visie op straf. De Klassieke Richting gaat uit van een vrij, verantwoordelijk mens, terwijl de Moderne Richting uitgaat van een door biologische, psychologische of sociale factoren gedetermineerd mens. De straf, zoals wij die kennen, past bij de Klassieke Richting en de lengte ervan wordt bepaald door hoeveel schuld er is te vergelden gezien de ernst van het delict en de persoonlijkheid van de dader. De maatregel past bij de Moderne Richting en de lengte ervan wordt bepaald door de gevaarlijkheid. Omdat de mate van schuld wel voor de veroordeling is vast te stellen, maar hoelang iemand gevaarlijk is niet, is de tbs-maatregel van onbepaalde duur.

Aan het begin van de twintigste eeuw accepteerde de Klassieke Richting de invoering van de tbs alleen omdat deze maatregel bedoeld was voor psychisch gestoorden die niet (geheel) verantwoordelijk gehouden konden worden, dus verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar waren. Daarbij paste dat verminderd toerekeningsvatbaren een straf kregen voor het deel waar ze nog wel verantwoordelijk voor gehouden konden worden. Daarom is het dus mogelijk dat de tbs naast een straf wordt opgelegd, waarbij de straf eerst ten uitvoer wordt gelegd, zodat een eventueel behandel-effect niet door de straf teniet wordt gedaan.

In de praktijk wordt de tbs wel als een straf ervaren, zelfs een zeer ingrijpende, juist vanwege de onzekerheid over de duur en de diep in het persoonlijke leven doordringende behandeling. In theorie wordt deze ervaring weggeredeneerd door de constructie dat, anders dan bij de straf, het leed van de tbs-maatregel niet beoogd is, maar een onbedoelde bijwerking is van het doel ervan. Maar dat is uiteraard een onderscheid dat de terbeschikkinggestelde in de praktijk niet kan maken en waar hij niets aan heeft. Dit plaatst ook de gedachte dat men door de tbs een straf zou ontlopen in perspectief.

3 Voorwaarden voor oplegging

De wettelijke voorwaarden voor oplegging van tbs staan in artikel 37a Wetboek van Strafrecht (Sr).

- Er moet tijdens het begaan van het strafbare feit sprake zijn geweest van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van betrokkene (lid 1 aanhef).
- Er moet sprake zijn van een misdrijf, waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld dan wel een misdrijf dat behoort tot een der onder lid 1 sub 1 van artikel 37a Sr nader genoemde misdrijven.²
- De veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen moet het opleggen van de maatregel eisen (lid 1 sub 2). Dit is het gevaarscriterium. Als de betrokkene alleen voor zichzelf gevaar oplevert, is een tbs niet mogelijk. Daarmee wijkt het criterium af van dat voor plaatsing in de reguliere ggz.
- De psychische stoornis moet in elk geval tijdens het begaan van het bedoelde misdrijf hebben bestaan: het gelijktijdigheidsverband (lid 1 aanhef). Deze formulering is oorspronkelijk bedacht om de toepassing van de maatregel niet te laten stuiten op discussies over causaliteit. In de literatuur wordt echter wel betoogd dat logischerwijs enig causaal verband tussen stoornis en delict, wat verminderde toerekeningsvatbaarheid zou betekenen, benodigd is (Mevis & Vegter, 2011). Hetzelfde lijkt te gelden voor het verband tussen stoornis en gevaar. Overigens is er bij ontoerekeningsvatbaarheid van de verdachte geen ruimte meer voor oplegging van een straf naast de maatregel, omdat dit de in het systeem van de strafwet benodigde schuld uitsluit. Bij verminderde toerekeningsvatbaarheid heeft de rechter de keuze; het is geen verplichting om naast de maatregel nog een straf op te leggen.
- Het tweede en derde lid van artikel 37 Sr met betrekking tot de eis van een multidisciplinair advies en een weigering tot medewerking zijn van overeenkomstige toepassing (lid 3). De rechter is niet gebonden aan het advies. Bij de verdachte die weigert mee te werken aan het gedragskundig onderzoek, vervalt de eis van een multidisciplinair advies. De rechter moet dan zo veel mogelijk proberen terug te vallen op andere, bijvoorbeeld eerdere, rapportages, maar kan uiteindelijk zelf de stoornis wel of niet vaststellen. De Wet forensische zorg, die op 1 januari 2019 in werking is getreden, beoogt onder andere via een doorbreking van de geheimhoudingsplicht binnen de gezondheidszorg meer informatie beschikbaar te krijgen om deze vaststelling correct te doen.
- De oplegging van de maatregel dient ten slotte ook te voldoen aan maatstaven van proportionaliteit en subsidiariteit. De maatregel moet proportioneel zijn in de ernst van het delict, de gestoordheid van de verdachte en de opgelegde behandeling: bij (gevaar voor) een licht delict hoort geen zware behandeling met dwangverpleging. De subsidiariteit is erin gelegen dat het gewenste effect van de maatregel bereikt moet zien te worden met de minst ingrijpende middelen; zo heeft een ambulante behandeling de voorkeur boven een klinische, mits dat niet in strijd is met de beoogde beveiliging. Vervolgens dient de uitvoering van de maatregel te voldoen aan de eisen van doelmatigheid en effectiviteit: de inzet van de middelen moet onmiddellijk gericht zijn op het bereiken van de van tevoren bepaalde doelen en die doelen moeten uiteindelijk ook bereikt worden. Een en ander moet dus duidelijk omschreven staan en het liefst te meten zijn.

De voorwaarden, zoals vastgelegd in dit artikel 37a, hebben als gevolg dat niet alle psychisch gestoorde delinquenten tbs kunnen krijgen, zodat die bijvoorbeeld ook in groten getale in het gevangeniswezen zijn terug te vinden. Dat geldt evenzeer voor gevaarlijke delinquenten zonder psychische stoornis, die niet voor onbepaalde duur kunnen worden opgesloten. Zo kadert de wet de doelgroep in. In de praktijk levert dat een tbs-populatie op waarvan 7% vrouw is, de gemiddelde leeftijd 41 jaar is, 12% een niet-Nederlandse nationaliteit heeft, 83% eerdere hulpverleningscontacten heeft gehad, 31% zedendelinquent is, 30% een psychotische stoornis heeft en 21% zwakbegaafd is (Van Nieuwenhuizen e.a., 2011). Hierbij dient opgemerkt te worden dat tbs thans volgens de richtlijnen van het Openbaar Ministerie niet (meer) gevorderd mag worden wanneer de verdachte ongewenst vreemdeling is en (bijvoorbeeld vanwege zijn delict) uitgewezen zal worden. Dit is dan ook mede een verklaring van het feit dat ‘slechts’ 12% van de tbs-gestelden geen Nederlandse nationaliteit heeft.

4 Psychisch gestoord

De aanwezigheid van een psychische stoornis ten tijde van het gepleegde delict is zoals vermeld een eerste vereiste om tot een tbs veroordeeld te worden. Wanneer er geen psychische stoornis wordt aangetroffen bij de dader, kan hem of haar dus geen tbs worden opgelegd. Er is dan sprake van een volledig toerekenen door de rechter. Juridisch wordt die stoornis omschreven als: een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke ontwikkeling van de geestvermogens. Vrijwel alle psychiatrische stoornissen vallen hieronder: van de ontwikkelingsstoornissen in het autismespectrum, bij de verstandelijke handicap en de gedragsstoornissen op kinderleeftijd tot de *grande psychiatrie*, de schizofrenie, waanstoornis en de bipolaire stoornis. Tbs kan echter alleen worden opgelegd door de rechter wanneer twee rapporten zijn uitgebracht, één door een psychiater (verplicht) en één door een andere gedragsdeskundige, meestal een psycholoog. Vanuit de psychologie wordt niet zozeer gewerkt met een psychiatrisch classificatiemodel, zoals de DSM-IV-TR of DSM-5³, maar met het gebruik van tests, die niet zozeer classificeren, maar dimensies meten tussen twee uitersten, bijvoorbeeld tussen introvert en extravert, tussen geremd en impulsief. Beide rapporten kunnen zo een goede aanvulling op elkaar zijn. In de praktijk werken de psychiater en de psycholoog vaak nauw samen. Zij schrijven ieder een rapport, maar met een gezamenlijke conclusie die recht doet aan de eerdere overeenkomsten en verschillen, en ondertekenen beiden. Beiden blijven echter wel aansprakelijk voor de eigen specifieke inbreng.

Uitdrukkelijk staat vermeld dat de psychische stoornis zich moet hebben voorgedaan op het moment zelf van het delict waarvan de verdachte wordt beschuldigd. Dat is ook terecht: het gaat bij het toerekenen door de strafrechter om de mogelijkheid dat de stoornis de keuzevrijheid van de dader op het moment van het delict in mindere of meerdere mate heeft verkleind. In het geval dat er minder keuzevrijheid is door de aanwezigheid van een stoornis, kan iemand strafrechtelijk ook minder verantwoordelijk worden gehouden voor het misdrijf dat hij heeft begaan. Deze juridische redenering impliceert een meer of minder oorzakelijk verband tussen enerzijds de geconstateerde stoornis en

anderzijds het gepleegde delict, hoewel wettelijk alleen een gelijktijdigheidsverband ('ten tijde van') wordt vereist. Het diagnosticeren van het verband tussen stoornis en delict ('de doorwerking van de stoornis in het delict') is ook een zaak voor de gedragsdeskundigen. De gedachte erachter is dat, naast het advies over de mate van toerekenen, de aanwezige stoornis behandeld moet worden om herhaalde delicten te voorkomen: de tbs duurt zo lang als noodzakelijk is om het gevaar dat van de dader uitgaat tot redelijke proporties te verminderen.

Dit impliceert onmiddellijk dat in de tbs ook een adequate en voldoende behandeling, die voor die stoornis nodig is, moet worden aangeboden, dat wil zeggen: een behandeling die volgens de regels van de kunst wordt uitgevoerd, het liefst zelfs op grond van evidence-based richtlijnen, in dat geval gebaseerd op de positieve uitkomsten van verschillende wetenschappelijke onderzoeken. Dat deze forensisch psychiatrische behandeling er anders uit moet zien dan de behandelingen die in de ggz worden gegeven, moge duidelijk zijn: meer dan driekwart van alle tbs-gestelden heeft al een hulpverleningstraject in de ggz achter de rug (Van Emmerik, 2001; Van Nieuwenhuizen e.a., 2011) voordat het tot een tbs-waardig delict kwam. In de praktijk worden (in omgekeerde volgorde) de principes van de *stepped care* gebruikt: er wordt begonnen met de zwaarste variant van behandeling wanneer de dader die nodig heeft. Vaak betreft het de gedwongen opname: sinds het ernstige delict heeft er immers nog geen behandeling plaatsgevonden. Wanneer deze behandeling haar werking heeft gedaan, kan een variant met meer vrijheden (en dus oefenmogelijkheden) worden uitgevoerd, uitlopend tot verlofmogelijkheden buiten de kliniek en eventueel verdere behandeling in een resocialisatieafdeling en forensische polikliniek. Gedurende dit hele traject wordt door de strafrechter de tbs meestal verlengd omdat doorgaans pas bij een geslaagde behandeling aangenomen mag worden dat de recidivegevaarlijkheid maximaal is verminderd.

5 Herhalingsdelicten voorkomen

Het doel van de behandeling is echter niet het genezen van de stoornis, hoewel dat wenselijk zou zijn en zeker een doel is in de ggz, maar het opheffen van iemands gevaarlijkheid – vandaar ook dat tijdens die behandeling de tbs moet worden gehandhaafd, zodat de patiënt zich niet aan de beveiliging kan onttrekken. Door deze expliciete dwang (geen verbetering, geen verlof) ontstaat een behandeldruk op de tbs-gestelde die dan kan weigeren (maar dan niet verandert) of kan meewerken aan de behandeling (met impliciet de hoop op een verminderde gevaarlijkheid). Over die gevaarlijkheid oordeelt de strafrechter elke twee jaar (zo die wil, één jaar). Zo'n behandeling vereist wel dat de tbs-gestelde zich openstelt voor een nieuwe toekomst en inzicht geeft in de beweegredenen van zijn delict(en). Deze beweegredenen kunnen voor hem duidelijk zijn. Vaak spelen evenwel ook andere factoren een rol die hij zelf niet ziet, zoals biopsychologische predisposities, situatieve factoren en belastende omstandigheden. Dit zijn echter factoren die ook een grote invloed uitoefenen op zijn gedrag, en dus tevens op toekomstig delictgedrag. Vaak ontstaan hierover conflicten met de patiënt, die voor zichzelf het gevoel heeft gekregen niet meer te recidiveren terwijl zijn behandelaars vanwege overige bronnen hiervan niet overtuigd zijn.

Een objectievere aanvulling hierop is de methodiek van de risicotaxatie, een manier om risicofactoren en de ernst ervan bij iemand vast te stellen via een vooraf vastgestelde factorenlijst ('checklist'). Er bestaan verschillende lijsten die elk specifiek zijn opgesteld voor een bepaald type delict, zoals huiselijk geweld, een seksueel delict of een geweldsdelict. Deze moeten dus ook voor deze typen delinquenten gevalideerd zijn, anders is de uitkomst immers onbetrouwbaar. Dat validatieonderzoek wordt steeds herhaald; voor de goede instrumenten wordt een matige tot goede validiteit bereikt, gemiddeld zo'n 20% boven kansniveau. Dat wil zeggen dat er ook een gerede kans bestaat dat het instrument de waarschijnlijkheid van een herhalingsdelict verkeerd inschat (Van Emmerik & Brand, 2013). De bekendste en meest gebruikte voorbeelden zijn de Canadese HCR-20^{V3} en de Nederlandse HKT-R.⁴ Voor seksuele delinquenten moeten de Static-99/2006 (Hanson, Helmus & Thornton, 2010), de STABLE en de ACUTE-2000/2007 (Hanson e.a., 2007; Eher e.a., 2012) genoemd worden als de momenteel betrouwbaarste instrumenten.

Risicotaxatie-instrumenten mogen niet verward worden met de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003; Hare & Neumann, 2006), een diagnostisch instrument om psychopathie vast te stellen (voor meer informatie, zie § 3.1 in hoofdstuk 9). Deze checklist kan ook worden afgenomen op basis van de dossiers alleen.

Overigens geeft de aanwezigheid van psychopathie in iemands karakter een verhoogd risico van antisociale gedragingen en delicten, zeker wanneer andere psychische aandoeningen aanwezig zijn, zoals een persoonlijkheidsstoornis (Lykken, 2006).

De behandeling richt zich nu met een observatie en behandeling van de hoogste intensiteit op het in kaart brengen van het hele complex van factoren dat heeft geleid tot het delict of de delicten waarvoor de veroordeling heeft plaatsgevonden. Dit wordt opgebouwd tot de 'delictanalyse', een analyse van alle factoren die hebben geleid tot het delict of de delicten. Hierin is een uitvoerige psychiatrische diagnostiek opgenomen (predisponerende, pre-existente, luxerende en onderhoudende factoren van de stoornis, de diagnose en DSM-categorie, situatieve factoren en omstandigheden bij het delict en een minutieuze beschrijving van het delict zelf met daarin de psychopathologische fenomenen), psychologische diagnostiek en testbevindingen van de persoon en de delictsituatie, relevante bevindingen uit de processen-verbaal en een werkhypothese over hoe het delict tot stand is gekomen (oorzakelijke factoren). Daarnaast worden uit de afgenomen risicotaxatie die factoren genomen die een hoog of matig risico vormen voor herhaalde delicten. Deze worden geoperationaliseerd tot behandelingsdoelen. De organisatie van de individueel bepaalde delictanalyse en de gemeten relevante risicofactoren tot een behandelplan wordt 'risicomanagement' genoemd.

6 Behandeling

In artikel 2 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (BVT) staat dat de tenuitvoerlegging van de tbs 'zoveel mogelijk dienstbaar gemaakt wordt aan de behandeling van de veroordeelde en de voorbereiding op diens terugkeer in de maatschappij, met inachtneming van het karakter van die maatregel'. Maar de eerste en de laatste paar woorden in deze bepaling geven aan dat hiermee dus niet het hele verhaal verteld is.

‘Zoveel mogelijk’ geeft aan dat die terugkeer niet ten koste van alles moet worden bereikt. Uiteindelijk is de bescherming van de samenleving de grondslag en het belangrijkste doel van de tbs. Zolang iemand gevaarlijk is, keert hij niet terug in de samenleving. De politieke partijen die aan het begin van de vorige eeuw de tbs invoerden, waren het daar ook over eens. Maar over een heleboel ondergeschikte aspecten waren ze het minder eens. Daarom is de regeling van de tbs, vanaf artikel 37a Sr, heel open en weinig eenduidig geformuleerd. Hierdoor kon in de praktijk in de loop der jaren het ‘karakter’ van de tbs wel wat verschuiven (Van der Wolf, 2012).

Lag in de eerste jaren de nadruk op beveiliging via sobere verpleging, na de Tweede Wereldoorlog kwam er steeds meer nadruk op de behandeling. Dit had te maken met een zeker optimisme als gevolg van de naoorlogse instelling en een aantal wetenschappelijke doorbraken op het gebied van gedragskundige behandeling, zoals medicatie en groepstherapie, waar ook de therapeutische gemeenschap en de sociotherapie uit voort zouden komen. Als een reactie op dit ‘medische model’ waarin de dokter leek te beslissen over vrijheidsontneming, kwam in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw de nadruk te liggen op de rechtsbescherming van de terbeschikkinggestelde. In een herziening van de tbs-wetgeving uit 1988 werd dit bijvoorbeeld zichtbaar in een hogere drempel voor tbs-oplegging: deze werd pas mogelijk bij ernstigere delicten in plaats van bij ‘gevaar voor de openbare orde’. Ook kwam er meer inspraak in het proces van verlenging (Ministerie van Justitie, 1991): de rechter moest de tbs-gestelde persoonlijk verhoren tijdens de rechtszitting, er werd beroep tegen de rechterlijke beslissing mogelijk en er kwam na telkens zes jaar het recht op een gedragskundig onderzoek door onafhankelijke gedragsdeskundigen.

De laatste tien jaar – zeker sinds de parlementaire onderzoekscommissie tbs (Commissie Visser, 2006), naar aanleiding van een aantal geruchtmakende recidives van terbeschikkinggestelden op verlof – ligt de nadruk sterk op de beveiliging. Risicotaxatie tijdens het verblijf in de inrichting is verplicht voordat verlof kan worden gegeven. Het verlof is in de eerste fase meer beveiligd geworden (‘beveiligd verlof’) voordat tot begeleid verlof kan worden overgegaan. Opnieuw vindt een intensieve toetsing plaats bij de overgang tot onbegeleid verlof en daarna tot proefverlof. Elke aanvraag tot verlof door de behandelaars wordt driedubbel getoetst, eerst door de leiding van de tbs-kliniek, dan door het onafhankelijke Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT) en vervolgens door de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen, agentschap van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Ook zijn de mogelijkheden uitgebreid om na ontslag uit de kliniek het toezicht door de kliniek en reclassering langer te blijven uitoefenen via de steeds langer mogelijke voorwaardelijke beëindiging, sinds 2017 zelfs oneindig.

In dit politiek-maatschappelijke krachtenveld moet nu de behandeling in de kliniek en daarna, tijdens de resocialisatiefase, daarbuiten plaatsvinden. In de vorige paragrafen zijn al de diagnostiek en het inschatten van toekomstige risico’s aan de orde geweest. Hier volgt nu de praktische uitwerking in de vorm van een individuele behandeling zoals die wordt aangeboden. Of de patiënt ingaat op het behandelingsaanbod of niet, hangt niet alleen af van diens ‘motivatie’ voor behandeling en van de psychische stoornis, maar ook of het aanbod passend is bij diens leerstijl en omstandigheden (‘zorg op maat’). De onbepaalde duur van de tbs is hierbij een belangrijke ‘stok achter de deur’: wie niet deelneemt, zal in zijn risicopatroon niet veranderen, waardoor de tbs doorgaans door de rechter zal worden verlengd.

De behandeling zelf dient volgens de *state of the art* te worden gedaan, dat wil zeggen dat er behandeld wordt vanuit een algemeen aanvaarde techniek, het liefst evidence-based. Zo'n techniek staat vermeld in zorgprogramma's, in wetenschappelijke reviewartikelen, professionele richtlijnen, handboeken en casestudies. Voor de intramurale tbs-behandeling is het sociotherapeutische klimaat kenmerkend en bepalend: de patiënten worden behandeld op gesloten of halfopen afdelingen waar constant, intensiever of minder intensief, sociotherapeuten aanwezig zijn om die patiënten constructief met elkaar te leren omgaan, op die manier meer algemene sociale situaties nabootsend. In het sociotherapeutische klimaat mogen fouten gemaakt worden, daar wordt van geleerd. Buiten de afdeling worden die veel minder getolereerd. Verbaal en fysiek geweld blijven echter uit den boze. Voor de extramurale behandeling wordt gewerkt met afnemend gecontroleerde interventies: de resocialisatieafdeling op het kliniekterrein, de transmurale voorziening in de stad en de gesprekstherapieën in de forensisch psychiatrische polikliniek. Bij een proefverlof en een voorwaardelijke beëindiging houdt de reclassering altijd toezicht naast de inhoudelijke forensische zorg.

7 Duur

Zoals gezegd, is de tbs-maatregel van onbepaalde duur, namelijk zolang er nog sprake is van een onaanvaardbaar gevaar voor recidive bij terugkeer in de samenleving. Daarop bestaan echter enkele uitzonderingen.

Ten eerste kent de tbs, net als de gevangenisstraf, een voorwaardelijke vorm. Overigens kan een voorwaarde zijn dat men zich in een inrichting laat opnemen, zoals een verslavingskliniek, maar in die kliniek is men dan wel vrijwillig patiënt. Op niet meewerken aan zo'n voorgeschreven behandeling (dus het zich niet houden aan de voorwaarden) staat een sanctie: er vindt alsnog plaatsing in een tbs-kliniek plaats. Bij schending van de voorwaarden en ook bij dreigend gevaar kan de tbs door de rechter worden omgezet in de onvoorwaardelijke vorm. Volgens artikel 38e lid 2 Sr kan deze tbs met voorwaarden niet langer duren dan negen jaar – vóór 2010 was dat overigens nog vier jaar.

Ten tweede kent ook de onvoorwaardelijke vorm, die wel tbs met bevel tot (dwang)verpleging wordt genoemd, een uitzondering. Wanneer de tbs is opgelegd voor een 'niet-geweldsdelict', zoals bedreiging (dat is waar de definitie van artikel 38e lid 1 Sr op neer komt), kan de tbs maar maximaal vier jaar duren. Dit wordt ook wel de gemaximeerde tbs genoemd. Hoewel de rechter in het vonnis gemotiveerd moet aangeven of de tbs wordt opgelegd naar aanleiding van een geweldsmisdrijf, kan wanneer dat niet gebeurd is, op een verlengingszitting die tot een duur van meer dan vier jaar kan leiden, toch de discussie daarover opspelen. Bijvoorbeeld bij bedreiging, brandstichting of zogenoemde *hands-off*-zedendelicten, zoals schennis van de eerbaarheid (bijvoorbeeld door exhibiteren) of het bezitten van kinderporno. De rechter moet dan alsnog beslissen dat er sprake is van een geweldsdelict, wil hij de tbs kunnen voortzetten.

De tbs wordt in beginsel opgelegd voor twee jaar, maar kan zo nodig door de rechter verlengd worden. Verlenging is mogelijk met één of twee jaar en bij bepaling van de verstreken duur moet rekening worden gehouden met artikel 38f Sr, dat onder andere bepaalt dat de termijn niet loopt wanneer de terbeschikkinggestelde langer dan een week

ongeoorloofd afwezig is, bijvoorbeeld vanwege een ontvluchting. De procedure tot verlenging is met enkele waarborgen omkleed. Zo is in beginsel rechtsbijstand verplicht alsook dat de terbeschikkinggestelde zelf door de rechter gehoord wordt. Zowel de terbeschikkinggestelde als het Openbaar Ministerie (om) kan in beroep gaan tegen de verlengingsbeslissing bij de penitentiaire kamer van het Gerechtshof Arnhem, waarin naast rechters enkele gedragsdeskundigen, zogeheten Raden, zitting hebben. Voor verlenging geldt hetzelfde gevaarscriterium als voor oplegging, al wordt er bij verlenging in de rechtspraktijk minder zwaar gekeken naar het verband tussen het gevaar en de stoornis. Over de gevaarlijkheid wordt de rechter via het verlengingsadvies geadviseerd door de behandelende kliniek. Wanneer het gaat om een verlenging die de duur van zes jaar te boven laat gaan, is ook een advies van onafhankelijke gedragsdeskundigen vereist. Aan de vereiste 'wet- telijke aantekeningen' over de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de terbeschikkinggestelde, die doorgaans door sociotherapeuten worden ingevuld, wordt in de rechtspraktijk minder waarde gehecht. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat het ontbreken van (actuele) aantekeningen in het proces kan worden hersteld (Raes & Van der Wolf, 2013). Hoe langer de tbs duurt, hoe zwaarder de rechter de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit laat wegen. Is ondanks het nog aanwezige gevaar langere vrijheidsbeneming nog wel proportioneel ten opzichte van de ernst van het delict of de grootte van het gevaar? Of kan subsidiair het gevaar worden beheerst via bijvoorbeeld overplaatsing naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz)?⁵ Dit geldt ook bij personen die op een zogenoemde *longstay*-afdeling zijn geplaatst en dus niet meer behandeld worden met het oog op terugkeer in de samenleving. Hoewel de verlengingsrechter zich officieel niet kan uitlaten over de manier waarop de tbs bij iemand ten uitvoer wordt gelegd, kan het effect van een longstay-plaatsing op de duur van de maatregel een reden voor de verlengingsrechter zijn om er toch iets over te zeggen. Dat is dan niet bindend, maar bij een volgende verlenging zal de kliniek wel moeten verantwoorden wat er met de overwegingen van de rechter gedaan is.

Beëindiging van de tbs kan sinds enkele jaren enkel nadat een jaar voorwaardelijke beëindiging heeft plaatsgevonden. In de rechtspraak wordt met dit vereiste overigens creatief omgegaan en is bijvoorbeeld een gedwongen overgang naar de ggz een reden om het vereiste te passeren.

Hoewel eigenlijk alleen de rechter de tbs kan beëindigen, is er een uitzondering gemaakt bij ongewenste vreemdelingen. Als voor hen een passende voorziening is gevonden in het land van herkomst, kan na uitzetting de minister van Justitie (en Veiligheid) de tbs beëindigen, op voorwaarde dat de betrokkene niet terugkeert in Nederland. Doet hij dat wel, dan herleeft de tbs volgens artikel 381a Sr. Deze groep is problematisch omdat deze personen niet kunnen resocialiseren in de Nederlandse samenleving, waardoor passende voorzieningen in het land van herkomst vinden de enige oplossing is. Of opheffing van de ongewenstverklaring, maar dat ligt politiek gevoeliger.

In de praktijk bleek de gemiddelde verblijfsduur in de tbs mede door alle wets- en beleidswijzigingen gestegen van zeven jaar (instromers uit 1990) naar tien jaar (instromers uit 1998; Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger, 2011). Als gevolg wordt gewezen op de verminderde populariteit van de tbs, af te meten aan het gedaalde aantal opleggingen en het gegroeide aantal verdachten dat weigert mee te werken aan het gedragskundig onderzoek om zo te proberen de kans op tbs te verkleinen. Hiermee is wel het grootste pro-

bleem uit de geschiedenis van de tbs, het capaciteitstekort, grotendeels verholpen. Door gecombineerde inspanningen van alle betrokken partijen is de gemiddelde behandelduur recentelijk weer verminderd naar iets meer dan acht jaar (al is daarin bijvoorbeeld de longstay-populatie niet meegerekend).

8 Rechtsbescherming

Het genoemde artikel 2 lid 1 BVT biedt de basis voor de door behandeling gedomineerde tenuitvoerlegging. Het draagt zoals gezegd al in zich dat er een grens is aan de behandeling. In lid 2 wordt nog zo'n grens aangegeven via het beginsel van minimale beperkingen. Iemand wiens vrijheid benomen is, houdt zo veel mogelijk zijn burgerrechten. Dit is een verworvenheid van het eind van de vorige eeuw. Men kan zich afvragen of de naam tbs, die staat voor terbeschikkingstelling en stamt uit het eind van de negentiende eeuw toen met vrijheidsbeneming als vanzelf rechteloosheid kwam, zich daar nog wel mee verdraagt (Van der Wolf, 2012).

Het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam beveelt bijvoorbeeld dat dwangverpleging niet per se dwangbehandeling inhoudt. Dwangbehandeling – dus tegen de wil van de patiënt in – mag alleen wanneer de patiënt daarmee eerder in het behandelplan heeft ingestemd, wanneer zonder medicamenteus ingrijpen de vrijheidsbeneming onredelijk lang zou duren of wanneer dit volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar. De eerste twee voorwaarden zijn in 2013 toegevoegd. De hoop is ook dat hiermee het aantal separaties kan worden teruggedrongen.

In artikel 1 van de BVT worden de begrippen verpleging en behandeling gedefinieerd. De verpleging valt uiteen in beveiliging en verzorging, waaronder ook het aanbieden en stimuleren van behandeling valt (art. 1 lid t.). Behandeling is 'het samenstel van handelingen, gericht op een dusdanige vermindering van de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen, dat het doen terugkeren van de verpleegde in de maatschappij verantwoord is' (art. 1 lid u.). Er is wel gevreesd dat hiermee het sociotherapeutisch milieu, dat zich eigenlijk op het grensgebied van beide begrippen bevindt, als verworvenheid in de knel zou komen (Raes, 2005).

Een terbeschikkinggestelde heeft overigens geen expliciet recht op behandeling, maar de directeur van de kliniek heeft de plicht tot behandeling (de zorgplicht). Hierdoor kan er moeilijk geklaagd worden over de wijze van behandeling, maar slechts bemiddeld. Een stagnerende behandeling kan zo maar moeilijk worden vlotgetrokken (Van Kuijk, Raes & Van der Wolf, 2010). Thans is daarvoor het driegesprek met de advocaat of de zorgconferentie een mogelijkheid (Van der Wolf e.a., 2016).

Een belangrijk onderdeel van de behandeling is altijd het verlof geweest. Het beleid daarover is de laatste jaren flink aangescherpt. Hierdoor is het aantal verloven in eerste instantie ernstig teruggelopen (Verwaaijen, 2011). Intrekken van het verlof of de verlofmachtiging is vatbaar voor beklag of beroep via artikel 56 lid 2 BVT en artikel 69 lid 1 in verband met artikel 50 BVT.

Als de behandeling geen succes heeft, kan men op een longstay-afdeling geplaatst worden. De criteria daarvoor staan in het Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg. Zoals gezegd, willen rechters zich op de verlengingszitting bij uitzondering uitspreken over de longstay. Maar een belangrijkere toets van de longstay-status is sinds 2009 de tussentijdse, beoogd tweejaarlijkse toets door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP), die ook een rol speelt bij plaatsing op de longstay-afdeling. Omdat de longstay-plaatsing als (over)plaatsing wordt gezien, kan tegen plaatsing en voortgezette plaatsing via artikel 69 lid 1 onder a BvT direct in beroep worden gegaan bij de beroepscommissie van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ).

Al met al is het werk in de kliniek behoorlijk ingekaderd door wet- en regelgeving. Dit kan soms de behandeling hinderen, al kan men ook betogen dat het de inbreng van de behandelers bewaakt en het de terbeschikkinggestelde een stem geeft. Deze 'rechtsbescherming' moet er ook voor zorgen dat patiënten niet alleen lang genoeg worden behandeld om de maatschappij te beschermen, maar ook niet langer dan daarvoor noodzakelijk.

9 Tot besluit

De tbs is primair een beveiligingsmaatregel die voor onbepaalde duur kan worden opgelegd door de strafrechter wanneer er sprake is van (seksuele) geweldsdelicten. De tbs-gestelde kan pas terugkeren in de maatschappij als zijn delictgevaarlijkheid voldoende is afgenomen. De rechter beslist daarover. Daardoor is de tbs een humaan en reëel alternatief voor de langdurige gevangenisstraf en 'levenslang'. De aanwezigheid van een psychische stoornis tijdens het te berechten delict is vereist.

Deze beveiliging wordt bewerkstelligd door behandeling in een gesloten en bewaakte kliniek, waarbij het vrijhedenbeleid binnen en buiten de kliniek strak is gereguleerd en uiteindelijk wordt vastgesteld namens de minister van Justitie en Veiligheid door de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen. De toegestane vrijheden worden groter naarmate de behandeling succesvol is. De behandeling is, mede gezien het strafrechtelijke gesloten karakter, intensief en behoort *in the present state of the art* te zijn om de patiënten niet langer dan noodzakelijk gedetineerd te houden. Bij belangrijke stappen in het behandeltraject, zoals verlof, is risicotaxatie verplicht. Regelmatig wetenschappelijk onderzoek door de klinieken zelf of door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie en Veiligheid over de aard en voortgang van de behandeling blijft dan ook noodzakelijk.

Het succes van de tbs is gebaseerd op een adequate verhouding tussen de beveiliging, verpleging, behandeling en rechtspositie van de terbeschikkinggestelde.

Takehomemessages

- De terbeschikkingstelling is een strafrechtelijke maatregel en geen straf.
- De tbs kan met een straf gecombineerd worden, als de rechter de delinquent het delict verminderd toerekent.
- De tbs – naar aanleiding van een (seksueel) geweldsdelict – duurt zo lang als de tbs-gestelde gevaarlijk wordt geacht voor zijn omgeving en de maatschappij.
- De ingrijpendheid van de onbepaalde duur stelt hoge eisen aan de zorg en de behandeling en aan de strafrechtelijke inkadering van alle procedures.
- De tbs-behandeling dient gestoeld te zijn op proportionaliteit, subsidiariteit en een individuele aanpak, gericht op terugkeer naar de samenleving.

Literatuur

- Commissie Visser (2006). *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: Sdu.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: assessing risk for violence – user guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Eher, R., Matthes, A., Schilling, F., Haubner-Maclean, T., & Rettenberger, M. (2012). Dynamic risk assessment in sexual offenders using STABLE-2000 and the STABLE-2007: an investigation of predictive and incremental validity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(1), 5-28.
- Emmerik, J.L. van (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Emmerik, J.L., & Brand, E.F.J.M. (2013). Risicotaxatie in de forensische psychiatrie. In: H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragskundige rapportage in het strafrecht* (2e, herziene druk) (pp. 655-707). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T.-L. & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: the Dynamic Supervision Project*. Ottawa: Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., Helmus, L., & Thornton, D. (2010). Predicting recidivism amongst sexual offenders: a multi-site study of Static-2002. *Law and Human Behavior*, 34(3), 198-211.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised, 2nd edition*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D., & Neumann, C.S. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy: development, structural properties and new directions. In: C.J. Patrick (red.), *Handbook of psychopathy* (pp. 58-88). New York: Guilford Press.
- Kuijck, Y.A.J.M. van, Raes, B.C.M., & Wolf, M.J.F. van der (2010). Externe bijstelling van individuele behandeltrajecten in de TBS. *Delikt & Delinkwent*, 3, 38-50.
- Lykken, D.T. (2006). Psychopathic personality, the scope of the problem. In: C.J. Patrick (red.), *Handbook of psychopathy* (pp. 3-13). New York: Guilford Press.
- Mevis, P.A.M., & Vegter, P.C. (2011). Rapportage over stoornis en gevaar en de betekenis van nieuwe wetenschappelijke inzichten daaromtrent voor die rapportage. In: J.P. van der Leun, E.R. Muller, N. van der Schee, P.M. Schuyt & M.A.H. van der Woude (red.), *De vogel vrij* (liber amicorum prof. dr. mr. Martin Moerings) (pp. 113-133). Den Haag: Boom|Lemma.

- Ministerie van Justitie (1991). *TBS, een bijzondere maatregel. De concurrentie tussen beveiliging, behandeling en bescherming van de rechtspositie*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Nagtegaal, M.H., Horst, R.P. van der, & Schönberger, H.J.M. (2011). *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen*. Den Haag: WODC, Bju.
- Nieuwenhuizen, Ch. van, Bogaerts, S., Ruijter, E.A.W. de, Bongers, I.L., Coppens, M., & Meijers, R.A.A.C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*. Den Haag: WODC.
- Raes, B.C.M. (2005). Het klinisch milieu bij de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten. In: J. Meyer, P.J. Greeven & H.J.C. van Marle (red.), *Het helend huis. Dr. Henri van der Hoeven kliniek 1995-2005* (pp. 45-52). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Raes, B.C.M., & Wolf, M.J.F. van der (2013). De tenuitvoerlegging van tbs met dwangverpleging. In: H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragkundige rapportage in het strafrecht* (2e, herziene druk) (pp. 503-574). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Verwaaijen, A.A.G. (2011). TBS uit de klem: een voorstel om de maatschappelijke veiligheid op korte en op langere termijn te verbeteren. *Sancties*, 1, 40-55.
- Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (2011). Factsheet 2011-6: Recidive TBS 1972-2008.
- Wolf, M.J.F. van der (2012). *TBS – veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamenteën van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* (dissertatie Rotterdam). Oisterwijk: Wolf Legal Publishers.
- Wolf, M.J.F. van der (2013). Juridisch kader van de tbs. In: P. van der Helm, P. Schaftenaar, U. Kröger & J. van Vliet (red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 62-71). Amsterdam: SWP.
- Wolf, M.J.F. van der, Mevis, P.A.M., Struijk, S., Leeuwen, L. van, Kleijn, M., Marle, H.J.C. van, e.a. (2016). *Op zoek naar nieuw evenwicht. Derde evaluatie van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden*. Den Haag: Boom juridisch, WODC.



2 Internering

Ingeborg Jeandarme en Els Schipaanboord (gedeeld eerste auteurschap)

- 1 Inleiding
 - 2 Juridische context en absolute dualiteit
 - 3 Voorwaarden
 - 3.1 Feiten
 - 3.2 Geestesstoornis
 - 3.3 Recidiverisico
 - 3.4 Deskundigenrapportage
 - 4 Klinische observatie
 - 5 Internering in de praktijk
 - 6 Profiel populatie
 - 6.1 Sociaal-demografische kenmerken
 - 6.2 Justitiële kenmerken
 - 6.3 Klinische kenmerken
 - 6.4 Vergelijking internationale literatuur
 - 7 Tot besluit
- Literatuur

1 Inleiding

In België kan aan ontoerekeningsvatbare daders de maatregel tot internering opgelegd worden. De internering is geen straf, maar een beveiligingsmaatregel en kent een tweeledige doelstelling. Enerzijds beoogt deze strafrechtelijke interventie de bescherming van de maatschappij, anderzijds heeft ze de behandeling van de geïnterneerde persoon ten doel. De interneringsmaatregel is al decennia onderhevig aan politieke en juridische verwickelingen. Ze is gegrondvest op de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde strafbare feiten (hierna: WBM) (*Belgisch Staatsblad* (hierna: BS), 11 mei 1930), die door de wet van 1 juli 1964 ter bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers (BS, 17 juli 1964) integraal werd vervangen. Per 1 oktober 2016 is deze interneringswet vervangen door de nieuwe wet op de internering van 5 mei 2014.⁶

Tenzij anders aangegeven, is de geconsolideerde wet van 5 mei 2014 (BS, 9 juli 2014) betreffende de internering van personen in dit hoofdstuk als uitgangspunt genomen.⁷ Dit impliceert dat ook de jongste evolutie van deze nieuwe interneringswet, namelijk die van de reparatiewet bekend onder de naam Potpourri III, hierin is opgenomen.

In dit hoofdstuk zal allereerst worden stilgestaan bij de juridische context van de interneringsmaatregel. Daarna zullen de criteria waaronder geïnterneerd kan worden aan bod komen. Vervolgens zullen de vraagstelling door de gedragsdeskundigen alsook de klinische observatie ter sprake komen. In het tweede deel van dit hoofdstuk (§ 5 t/m § 6.4) wordt ingegaan op de praktische uitvoering van de interneringsmaatregel. Naast cijfergegevens worden de verschillende behandelopties kort besproken en wordt dieper ingegaan op sociaal-demografische, klinische en juridische gegevens van de personen geïnterneerd onder de oude interneringswet.

2 Juridische context en absolute dualiteit

Om een gedraging als misdrijf te kunnen aanmerken is vereist dat deze gedraging met de door de wet vereiste intentie is verricht. Een gebrek in de intentie kan de schuld in de zin van de juridische verwijtbaarheid aantasten. De geestesstoornis wordt in artikel 71 Strafwet (hierna: Sw.) genoemd als een mogelijke grond voor uitsluiting van schuld. De tekst van de wet is bij de inwerkingtreding van de nieuwe interneringswet als volgt gaan luiden:⁸

‘Er is geen misdrijf wanneer de beschuldigde of de beklaagde op het tijdstip van de feiten leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan, of wanneer hij gedwongen werd door een macht die hij niet heeft kunnen weerstaan.’

De aanwezigheid van een geestesstoornis kan leiden tot niet-toerekeningsvatbaarheid van de verdachte in het geval dat op het ogenblik van de ten laste gelegde feiten er sprake was van een geestesstoornis die het oordeelsvermogen of de controle op de daden heeft tenietgedaan.

De ontoerekeningsvatbaarheid als zodanig is geen wettelijk omschreven term, maar omschrijft de juridische situatie waarbij een persoon geen straf opgelegd kan worden voor het gepleegde strafbare feit in verband met het ontbreken van strafrechtelijke schuld wegens de aanwezigheid van een geestesstoornis. De enkele aanwezigheid van een geestesstoornis bij de verdachte is echter niet voldoende. Blijkens de wettekst dient er sprake te zijn van ofwel doorwerking van de stoornis in het oordeelsvermogen ofwel doorwerking van de stoornis in het vermogen het handelen te controleren. Voor het vestigen van strafrechtelijke aansprakelijkheid is vereist dat de gedraging de persoon verweten kan worden. De ontoerekeningsvatbaarheid sluit de schuld van de dader uit, waardoor hem de gedraging niet verweten kan worden en er derhalve geen strafrechtelijke verantwoordelijkheid ontstaat. Ten gevolge van de dichotome toepassing van het ontoerekeningsvatbaarheidsbegrip naar Belgisch recht ontbreekt in deze situatie de grond om te straffen. Een combinatievonnis is gezien het absoluut duale systeem inzake de toerekeningsvatbaarheid dan ook uitgesloten wegens incompatibiliteit van straffen en internering.⁹ Onder omstandigheden kan de betrokkene echter worden geïnterneerd. Voordat een dergelijke maatregel tot internering uitgesproken kan worden, dient aan de hierna uiteengezette voorwaarden voldaan te worden.

3 Voorwaarden

Blijkens art. 9, § 1 van de interneringswet kan de internering enkel bevolen worden van een persoon:

- (1°) die een misdaad of wanbedrijf heeft gepleegd die de fysieke of psychische integriteit van derden aantast of bedreigt en¹⁰
- (2°) die op het ogenblik van de beoordeling aan een geestesstoornis lijdt die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden tenietdoet of ernstig aantast; en
- (3°) bij wie het gevaar bestaat dat hij als gevolg van zijn geestesstoornis, eventueel in samenhang met andere risicofactoren, opnieuw misdrijven zoals vermeld in (1°) zal plegen.

Verder is krachtens art. 9, § 2 van de interneringswet vereist dat:

forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek is uitgevoerd of dat actualisatie van eerder uitgevoerd deskundigenonderzoek heeft plaatsgevonden.

3.1 Feiten

Ten aanzien van het vereiste onder (1°) zien we dat de wetgever een proportionaliteitsafweging heeft gemaakt wat betreft interneringswaardige feiten. Juridisch gezien wordt er gesproken over ‘strafbare feiten’ en niet over het meer gekleurde woord ‘delicten’. De wetgever heeft een drempel opgeworpen ten aanzien van feiten waarvoor de internering is toegelaten. De verregaande impact van een, in potentie levenslange, interneringsmaatregel is afgewogen tegen de ernst van het gepleegde strafbare feit (Schipaanboord

& Van Mulbregt, 2016). Gezien het duale systeem inzake de toerekeningsvatbaarheid heeft het opwerpen van een drempel van interneringswaardige feiten ook consequenties voor de groep verdachten die voldoen aan de voorwaarden voor internering, maar van wie het strafbare feit niet in een van de in artikel 9 van de interneringswet van 5 mei 2014 genoemde categorieën valt. Onduidelijk is nog welke rechtspositionele gevolgen deze drempel precies voor deze groep met zich meebrengt en welke (justitiële) interventie aangewezen zal zijn.

Bij het opwerpen van deze drempel voor interneringswaardige feiten zal ervoor gewaakt dienen te worden dat oneigenlijke argumenten aanleiding zullen zijn de betreffende verdachten toch toerekeningsvatbaar te achten om in elk geval een strafrechtelijke sanctie mogelijk te maken (Schipaanboord & Van Mulbregt, 2016). Het straffen van mensen die ten tijde van het delict ontoerekeningsvatbaar waren, gaat principieel tegen de ratio van de wetgever in. Daarnaast is alertheid geboden voor het strafrechtelijk onderbelicht blijven van substantiële psychiatrische problematiek in dergelijke gevallen wegens de afwezigheid van tussenvormen van verminderde toerekeningsvatbaarheid.

3.2 Geestesstoornis

Krachtens (2°) is vereist dat de verdachte ten tijde van de berechting lijdend is aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden tenietdoet of ernstig aantast. Deze formulering vertoont grote gelijkenissen met het hiervoor uiteengezette art. 71 Sw.

In aanvulling op art. 71 Sw. formuleert de interneringswet ten aanzien van de geestesstoornis als grond voor internering echter dat deze stoornis moet hebben geleid tot een tenietdoen of een *ernstige aantasting* van het oordeelsvermogen of de controle op de daden van de verdachte. Deze aanvulling in de interneringswet leidt tot het ontbreken van symmetrie tussen de interneringswetgeving en de strafwet. Dit kan tot gevolg hebben dat een persoon die niet geïnterneerd kan worden omdat de gepleegde feiten niet onder de interneringsdrempel vallen, gestraft kan worden indien geoordeeld wordt dat het oordeelsvermogen van de betrokkene of de controle van diens daden wel ernstig is aangetast, maar niet volledig is tenietgedaan.¹¹

Door het gebruik van de term geestesstoornis zien we dat de wetgever recht doet aan het evoluerende karakter van de medische, psychiatrische en psychologische disciplines. Aangesloten wordt bij een internationaal aanvaarde term die zowel mensen met beperkingen als ziekte insluit (Schipaanboord & Vander Beken, 2015). Daarnaast valt op dat de wetgever een tweedeling maakt ten aanzien van de mogelijke uitwerking – en doorwerking – van de geestesstoornis. Enerzijds onderscheidt de wetgever daarbij het vermogen om het handelen te kunnen controleren, anderzijds onderscheidt de wetgever het cognitieve vermogen om tot een niet-pathologisch geïnspireerd oordeel te komen.

Doorwerking van de stoornis ten tijde van het ten laste gelegde feit, *ex art. 71 Sw.*, komt in de interneringswet niet als voorwaarde terug om een interneringsmaatregel te kunnen opleggen. Ingevolge (2°) is immers vereist dat de betrokkene op het ogenblik van de beoordeling, dat wil zeggen: het moment van berechting, lijdend is aan een geestesstoornis. Waar voor de vaststelling van de strafrechtelijke aansprakelijkheid de toets naar de toerekeningsvatbaarheid *ex tunc*, dat wil zeggen: een toets naar de toerekeningsvatbaarheid ten tijde van het gepleegde strafbare feit, dient te geschieden, zal voor de beoordeling

of de betrokkene in aanmerking komt voor een internering een toets *ex nunc*, namelijk de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid ten tijde van de berechting, uitgevoerd dienen te worden. Dit lijkt alleszins logisch, aangezien het niet aangewezen lijkt een internering op te leggen aan een persoon die ten tijde van de ten laste gelegde feiten weliswaar handelde onder invloed van een geestesstoornis, maar waarvan ten tijde van de berechting geen sprake meer leek te zijn. Een persoon die ten tijde van het gepleegde strafbare feit ontoerekeningsvatbaar was, maar ten tijde van de berechting niet meer, zal ingevolge art. 71 Sw. vrijgesproken dienen te worden.

3.3 *Recidiverisico*

Onder (3°) wordt ten slotte als voorwaarde gesteld dat het gevaar bestaat dat de betrokkene recidiveert en wel ten aanzien van de onder (1°) genoemde feiten. Het gaat dus niet langer om de enkele vraag of het gevaar bestaat dat de verdachte recidiveert, het gevaar moet eruit bestaan dat de verdachte opnieuw het type feiten zal plegen als waarvoor de interneringsmaatregel is toegelaten. De vraag naar het pathologisch gevaar voor recidive impliceert een door de deskundige uit te voeren risicotaxatie. Hoewel een nadere operationalisering ten aanzien van de vaststelling van het recidiverisico in België nog gestalte moet krijgen, zijn er in het internationale en Europese rechtsinstrumentarium vereisten geformuleerd die hierbij als leidraad kunnen gelden voor België (Schipaanboord, 2016a).

3.4 *Deskundigenrapportage*

Er kan pas worden overgegaan tot de oplegging van een interneringsmaatregel na uitvoering van een in art. 5 bedoeld forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek of na actualisatie van een eerder uitgevoerd deskundigenonderzoek (§ 2). Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder leiding en verantwoordelijkheid van een deskundige, houder van de bijzondere beroepstitel forensisch psychiater.¹² Monorapportages kunnen niet door psychologen worden opgemaakt. In het geval dat multidisciplinair onderzoek in college of met bijstand wordt uitgevoerd, berusten de leiding en de verantwoordelijkheid van het onderzoek steeds bij de voornoemde psychiater. De deskundige dient na te gaan:

(1°) of de persoon op het ogenblik van de feiten leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of ernstig heeft aangetast en of de persoon op het ogenblik van het deskundigenonderzoek leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of ernstig heeft aangetast;

(2°) of er mogelijk een oorzakelijk verband bestaat tussen de geestesstoornis en de feiten;

(3°) of het gevaar bestaat dat betrokkene ten gevolge van de geestesstoornis, in voorkomend geval in samenhang met andere risicofactoren, opnieuw misdrijven pleegt, zoals bepaald in artikel 9, § 1, 1°;

(4°) dat en hoe de persoon in voorkomend geval kan worden behandeld, begeleid, verzorgd met het oog op zijn re-integratie in de maatschappij;

(5°) dat desgevallend, indien de tenlastelegging betrekking heeft op de in artikelen 371/1 tot 378 van het Strafwetboek bedoelde feiten of de in de artikelen 379 tot 387 van hetzelfde Wetboek bedoelde feiten indien ze gepleegd werden op minderjarigen of met hun deelneming, de noodzaak bestaat om een gespecialiseerde begeleiding of behandeling op te leggen.

De eerste vraag dient ertoe inzicht te verkrijgen in het ogenblik waarop de geestesstoornis zich manifesteerde en wat hiervan de kenmerken zijn. Bij de tweede vraag komt de oorzakelijkheid tussen de geestesstoornis en de feiten aan bod. Dit omvat echter niet dat de deskundige zich uitspreekt over de bewezenverklaring. De vraag of het ten laste gelegde feit een bewezenverklaring oplevert, is exclusief voorbehouden aan de rechterlijke macht, die na afronding van het gedragsdeskundig onderzoek hierover uitspraak doet. Of er sprake is van recidivegevaar bij de verdachte, komt vervolgens in vraag drie aan de orde. Punt vier heeft betrekking op het behandelingstraject dat naar het oordeel van de deskundige ingezet dient te worden om de re-integratie van de verdachte in de maatschappij te bewerkstelligen. Onder vijf is ten aanzien van seksuele delinquentie aan de deskundige de verplichting opgelegd eveneens te adviseren over de noodzaak een verplichte gespecialiseerde begeleiding of behandeling op te leggen, zodat al vanaf de eerste zitting van de kamer voor bescherming van de maatschappij (hierna: KBM) richting aan het traject gegeven kan worden.

4 Klinische observatie

De klinische observatie¹³ van verdachten is krachtens art. 6, §1 toegelaten indien de verdachte zich in voorlopige hechtenis bevindt, er sprake is van een strafbaar feit als omschreven in artikel 9 en de deskundige aangeeft dat een forensisch psychiatrisch onderzoek met opnemings ter observatie noodzakelijk is om zich uit te spreken over de punten vermeld in artikel 5, § 1. Het observatiecentrum in kwestie moet echter nog worden opgericht, waardoor momenteel nog geen inobservatiestellingen – het ter observatie opnemen van de betrokkene in een speciaal daarvoor door de Koning opgericht beveiligd klinisch observatiecentrum – kunnen worden uitgesproken. De wet voorziet pas een inwerkingtreding van de aspecten in dat verband op 1 januari 2020.¹⁴ De wettelijke grondslag tot het laten verrichten van klinische observatie werd al in 1999 bij KB gegeven, maar een dergelijk observatiecentrum werd in de praktijk nimmer verwezenlijkt (Schipaanboord & Van Mulbregt, 2016; Heimans, Vander Beken & Schipaanboord, 2014-15; Vander Beken, Heimans & Schipaanboord, 2016-17). De klinische observatie, die ertoe strekt de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid en het recidiverisico te beantwoorden, zal enkel toegelaten zijn voor feiten waarvoor een interneringsmaatregel kan worden opgelegd. Daarnaast zal ze enkel voor geschikte doelen bevolen kunnen worden, namelijk indien de klinische observatie noodzakelijk is om antwoord te kunnen geven op de vragen van artikel 5, § 1. De duur van de inobservatiestelling mag de twee maanden niet te boven gaan.

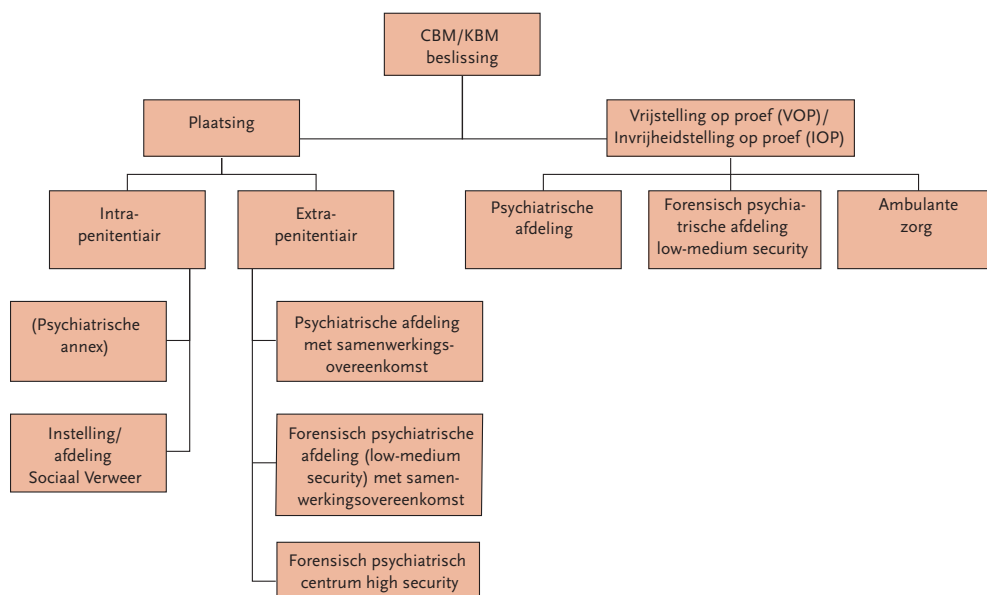
5 Internering in de praktijk

Het aantal interneringen dat jaarlijks in België wordt opgelegd, schommelt tussen de 300 en 350 (Moens & Pauwelyn, 2012). Op 1 december 2017 waren er in België 3421 geïnterneerden (Seynnaeve, Goyens & Dheedene, 2018). Gelet op de drempel die in de nieuwe interneringswet is ingebouwd, valt in de komende jaren een daling van de geïnterneerde populatie met een kwart tot een derde te verwachten. In de periode van 1 oktober 2016

(inwerkingtreding van de nieuwe wet) tot 31 december 2017 werden 258 interneringsmaatregelen opgelegd (Seynnaeve, Goyens & Dheedene, 2018).

Geïnterneerden kunnen zowel residentieel als ambulant behandeld worden (zie figuur 2.1). De Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) was tot 1 oktober 2016 bevoegd voor beslissingen tot plaatsing en vrijstelling op proef; sindsdien wordt deze taak overgenomen door de KBM. Zolang de geïnterneerde in detentie verblijft, zijn de behandelingsmogelijkheden minimaal, hoewel ook intrapenitentiair de laatste jaren initiatieven werden ontwikkeld, bijvoorbeeld voor de zorg aan verstandelijk beperkte geïnterneerden vanuit het Vlaams Fonds. Binnen het gevangeniswezen wordt een geïnterneerde geplaatst door de CBM/KBM in een psychiatrische afdeling (psychiatrische annex) of een Instelling voor Sociaal Verweer. Sinds de inwerkingtreding van de nieuwe wet zijn plaatsingen in een psychiatrische afdeling niet langer mogelijk. Buiten de gevangenis kan een geïnterneerde opgenomen worden in een instelling via een *plaatsing* of een *vrijstelling op proef* (VOP), die sinds de inwerkingtreding van de nieuwe wet *invrijheidstelling op proef* (IOP) wordt genoemd. Zowel reguliere psychiatrische instellingen als categorale forensisch psychiatrische instellingen (drie medium-security-units in Bierbeek, Rekem en Zelzate; sinds 2014 een high-security-forensisch psychiatrisch centrum (FPC) in Gent en sinds 2017 in Antwerpen; sinds 2016 de *longstay*-afdeling in Bierbeek; sinds 2016 een high-security-afdeling voor geïnterneerde vrouwen in Zelzate) kunnen geïnterneerden opnemen. Gespecialiseerde forensische zorg voor verstandelijk beperkte geïnterneerden en voor geïnterneerden met zedenfeiten is eveneens voorhanden. Ambulante begeleidingen vinden steeds plaats onder het gerechtelijk VOP/IOP-statuuut en omvatten zowel een sociale als een medische voogdij. Net zoals bij de residentieële behandelingen worden ambulante behandelingen zowel binnen reguliere als binnen categorale zorg (bijvoorbeeld dader-teams Centra Geestelijke Gezondheidszorg) verstrekt.¹⁵ De keuze met betrekking tot de behandelsetting wordt genomen door de CBM/KBM op basis van de behandelbehoefte (laag, matig of hoog), het risico van recidive (laag, matig of hoog) en het benodigde beveiligingsniveau (laag, matig of hoog). De CBM/KBM wordt bij deze keuze geadviseerd door de justitieassistent en/of de psychosociale dienst van het gevangeniswezen. Tot op de dag van vandaag blijven de extrapenitentiaire opvangmogelijkheden ontoereikend om zorg te bieden aan alle geïnterneerden, waardoor geïnterneerden vaak erg lang in detentie zitten. Geïnterneerden vormden in het eerste decennium van de eenentwintigste eeuw in België de derde grootste en snelst groeiende groep onder de gedetineerden (Moens & Pauwelyn, 2012). Het spreekt voor zich dat een gevangenis milieu niet de geschiktste plaats is om patiënten met een ernstig psychiatrisch ziektebeeld op te vangen. Deze hachelijke situatie is ook de (inter)nationale gemeenschap niet ontgaan. Sinds 1998 is België al meermaals veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) voor de opsluiting van geïnterneerden in daartoe ongeschikte inrichtingen. In de loop van de jaren negentig werd de lokale en internationale druk opgevoerd met het dringende verzoek de situatie van de geïnterneerden te verbeteren (EHRM 2016, nr. 113/2018).

Omwille van het grote verschil met betrekking tot de organisatie van de zorg aan geïnterneerden in beide Belgische landsdelen, zal hierna enkel het onderzoek langs Vlaamse kant besproken worden.

Figuur 2.1 Uitvoeringsmodaliteiten van de interneringsmaatregel

6 Profiel populatie

Er bestaat geen systematische registratie of gecoördineerd wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de populatie geïnterneerden. De meeste studies die besproken worden, vonden dan ook plaats bij subpopulaties, zoals gedetineerde geïnterneerden of geïnterneerden behandeld op een medium-security-afdeling. De groep onder ambulante behandeling was nog nooit onderwerp van onderzoek.

6.1 Sociaal-demografische kenmerken

Onderzoek toonde aan dat geïnterneerden veelal ongehuwde mannen zijn, van Belgische nationaliteit, tussen 26 en 45 jaar oud en professioneel inactief bij de oplegging van de interneringsmaatregel (Casselmann, De Vuysere & Vervaeke, 2003; Cosyns, 2005; De Vuysere, Casselman & Vervaeke, 2004; Deckers e.a., 2014; Goethals, 1985; Jeandarme e.a., 2016). Ook had meer dan de helft eerdere opnames achter de rug in een reguliere setting (De Vuysere, Casselman & Vervaeke, 2004; Jeandarme e.a., 2016). Hun opleidingsgraad bleek laag te zijn. Een kwart van de opgesloten geïnterneerden genoot namelijk bijzonder onderwijs. Het buitengewoon onderwijs is er in Vlaanderen voor kinderen die het gewone onderwijs niet kunnen volgen vanwege leer- of gedragsproblemen of vanwege een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking. Slechts 15,5% van de geïnterneerden behaalde een diploma middelbaar onderwijs via het gewone onderwijs (De Vuysere, Casselman & Vervaeke, 2004). Gelijkaardige cijfers werden gevonden bij de geïnterneerden behandeld binnen een medium-security-unit: een kwart genoot bijzonder

onderwijs en van degenen die gewoon onderwijs kregen, behaalde slechts een kwart een middelbareschooldiploma (Jeandarme e.a., 2016).

6.2 Justitiële kenmerken

- *Indexdelict.* Volgens onderzoek uitgevoerd in de jaren 1960-1980 werden de meeste interneringsmaatregelen opgelegd wegens eigendomsdelicten (Goethals, 1985), terwijl recentere studies uitgevoerd in 1993 en 2001 aantoonde dat de meest voorkomende indexdelicten geweldsdelicten waren (Casselman, De Vuysere & Vervaeke, 2003; Cosyns e.a., 1994). Zeer ernstige geweldsfeiten, zoals (poging tot) doodslag en moord, kwamen voor bij 3% tot 10,5% van de populatie en bij 18,1% van de geïnterneerde personen in een medium-security-unit (Casselman, De Vuysere & Vervaeke, 2003; Cosyns e.a., 1994; Goethals, 1985; Jeandarme, 2016).
- *Justitiële antecedenten.* Een kwart tot de helft van de geïnterneerden had geen justitiële antecedenten en kon dus beschouwd worden als *first offender* (Casselman, De Vuysere & Vervaeke, 2003; Goethals, 1985). Bij de geïnterneerden opgenomen binnen de medium-security-units was een minderheid (15,6%) *first offender* en was de justitiële geschiedenis uitgebreid met gemiddeld zes vonnissen, waarvan twee vonnissen betrekking hadden op een geweldsdelict, en waren de geïnterneerden voorafgaand aan hun opname meer dan vier keer gedetineerd voor een totale detentieduur van gemiddeld 4,6 jaar (Jeandarme e.a., 2016).

6.3 Klinische kenmerken

- *Psychiatrische diagnose.*¹⁶ Bij de oudere studies uitgevoerd in de jaren 1960-1980 was de meest voorkomende primaire psychiatrische diagnose verstandelijke beperking (Goethals, 1985), terwijl in latere studies persoonlijkheidsstoornis de meest voorkomende stoornis was, gevolgd door psychotische stoornis en verstandelijke beperking (Cosyns e.a., 1994; Deckers e.a., 2014; Vandenbroucke, 1995; De Vuysere, Casselman & Vervaeke, 2004). Verschillen werden opgemerkt tussen opgesloten geïnterneerden en geïnterneerden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen. Bij de laatste groep was psychotische stoornis de frequentste diagnose (42% vs. 17% bij de opgesloten geïnterneerden), terwijl bij de opgesloten geïnterneerden persoonlijkheidsstoornissen het vaakst werden gediagnosticeerd (42% in vergelijking met 11% bij de geïnterneerden verblijvend in een ziekenhuis) (Cosyns, 2005). Ook de diagnose parafilie kwam vaker als hoofddiagnose voor bij geïnterneerden in detentie dan bij geïnterneerden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen (17% vs. 10%) (Cosyns, 2005). Bij driekwart van de populatie werden comorbide stoornissen teruggevonden (Cosyns e.a., 2007; Deckers e.a., 2014; Jeandarme e.a., 2016). Cumulatief werden hogere prevalentiecijfers gevonden voor persoonlijkheidsstoornissen gaande van 55,2% tot 81% (Cosyns e.a., 2007; Deckers e.a., 2014; Jeandarme e.a., 2016; Vandenbroucke, 1995). Bij 35,7% tot 56,7% van de geïnterneerden was er sprake van middelenproblematiek (Cosyns e.a., 2007; Deckers e.a., 2014; De Vuysere, Casselman & Vervaeke, 2004; Jeandarme e.a., 2016) en bij 28,8% van de opgesloten geïnterneerden werd de diagnose parafilie gesteld (Cosyns e.a., 2007). Bij de geïnterneerden behandeld in medium security kwamen vooral cluster B-persoonlijkheidsstoornissen voor, in het bijzonder de antisociale-persoonlijkheidsstoornis. Drugproblemen kwa-

men voor bij 41,4% van de populatie en een alcoholproblematiek was aanwezig bij 19,6% (ofwel alleen ofwel in combinatie met drugproblemen). In 74% van de gevallen met middelenproblematiek betrof het polytoxicomanie (Jeandarme, 2016).

- **Intelligentiescores.** Intelligentiescores vormden het onderwerp van onderzoek in twee studies. In 18,5% en 21,8% van de gevallen toonde de intelligentiemeting op basis van een score lager dan respectievelijk 70 en 75 een verstandelijke beperking aan en in 14,7% en 19,2% van de gevallen zwakbegaafdheid (Maes, Goethals & Verlinden, 2009; Vanden Henden, Caris & De Block-Bury, 2005). Helaas werd in deze studies niet gespecificeerd welke intelligentietests gebruikt werden. Dit laatste is nochtans belangrijk omdat aanzienlijke verschillen werden teruggevonden wanneer tests onderling werden vergeleken. Een studie naar uitgevoerde intelligentietests bij geïnterneerde personen toonde aan dat een verschil van 10 of meer punten werd gevonden in 33% tot 66% van de gevallen, afhankelijk van welke IQ-test er werd gebruikt (Habets e.a., 2014). De gemiddelde IQ-score op basis van de WAIS-III (Wechsler, 2005) bij de geïnterneerden binnen medium security was 80,5 ($SD = 16,81$; range = 48-138) (Jeandarme e.a., 2016).
- **Psychopathie.** Bij een deel van de geïnterneerden die werden behandeld op een medium-security-unit, werden psychopathiescores op basis van de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003) verzameld. Het gaat om *field*-scores, afgenomen door klinici in het werkveld. De gemiddelde en mediane PCL-R-totaalscore was 21,1. Een derde (33,5%) van de populatie had een score van 25 of hoger; 8,9% scoorde 30 of hoger (Jeandarme e.a., 2016).
- **Risicotaxatie.** Bij een deel van de geïnterneerden die werden behandeld op een medium-security-unit, werden *field*-scores op de Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20; Webster e.a., 1997) verzameld. De gemiddelde HCR-20-score was 24,5. Ongeveer een derde (38,4%) van de patiënten die onderzocht werden, behaalde als gestructureerd klinisch eindoordeel 'hoog risico'; bij 47,5% werd het risico als 'matig' en bij 14,1% als 'laag' ingeschat (Jeandarme e.a., 2016). Een ander risicotaxatie-instrument, de Violence Risk Appraisal Guide (VRAG; Quinsey e.a., 2006), werd op basis van dossierinformatie afgenomen door onderzoekers. De gemiddelde score op de VRAG ($n = 230$) was 8. Verder werd op basis van de VRAG 30,4% van de geïnterneerden op basis van de drie hoogste categorieën als een hoogrisicodader beschouwd (Van Heesch e.a., 2016).

6.4 Vergelijking internationale literatuur

Forensisch psychiatrische populaties (inter)nationaal vergelijken blijft een moeilijke oefening. Belangrijke verschillen met betrekking tot het gerechtssysteem, de organisatie van de (forensisch) psychiatrische zorg, kenmerken van lokale patiëntgroepen en het lokale behandelaanbod spelen hierin een belangrijke rol. Vooral de vergelijking tussen het Belgische interneringssysteem en de Nederlandse terbeschikkingstelling (tbs) loopt mank. Hoewel enigszins vergelijkbaar, zijn er toch belangrijke verschillen. Zo was internering tot 1 oktober 2016 mogelijk bij misdaden of wanbedrijven met een minimale strafdreiging van acht dagen (en sindsdien mits aantasting/bedreiging van de fysieke of psychische integriteit van derden). De maatregel tbs is ingevolge art. 37a Wetboek van Strafrecht toegelaten voor strafbare feiten waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaar of meer is gesteld dan wel voor strafbare feiten die behoren

tot een der misdrijven omschreven in artikel 37a, lid 1 sub 1 genoemde feiten. Verder vereist de oplegging van tbs dat zulks vereist is met het oog op de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen. Waar in Nederland verschillende gradaties van toerekeningsvatbaarheid gehanteerd worden, is er in België sprake van een dichotome opsplitsing. De Nederlandse gradaties *ontoerekeningsvatbaar* en *sterk verminderd ontoerekeningsvatbaar* zijn vermoedelijk het meest vergelijkbaar met de Belgische ontoerekeningsvatbaarheid, maar empirisch onderzoek hierover is niet beschikbaar. Daarnaast is in Nederland een combinatie tussen straf en maatregel mogelijk bij een verminderde vorm van toerekeningsvatbaarheid, hetgeen bij internering uitgesloten is. Dit alles resulteert in sterk verschillende populaties. Bij de hiernavolgende vergelijking werd dan ook getracht zo veel mogelijk rekening te houden met enigszins vergelijkbare populaties.

Met betrekking tot sociaal-demografische karakteristieken werden in de literatuur weinig verschilpunten gevonden tussen Vlaamse en internationale ontoerekeningsvatbare populaties. Leeftijd, nationaliteit, opleiding, werkverleden en relationele geschiedenis bleken gelijklopend (Blattner & Dolan, 2009; Gow e.a., 2010; Melzer e.a., 2004). Ook het hoge percentage van geïnterneerden die al eerder werden opgenomen in een reguliere psychiatrische setting, was in overeenstemming met de literatuur (Blattner & Dolan, 2009; Gow e.a., 2010; Linhorst & Scott, 2004; Melzer e.a., 2004).

Wat de klinisch psychiatrische diagnoses betreft, was het hoge aandeel van comorbide stoornissen in overeenstemming met andere studies (Blattner & Dolan, 2009; Gow e.a., 2010). In vergelijking met internationaal onderzoek kwam de diagnose psychotische stoornis minder vaak voor bij de Vlaamse geïnterneerden en de diagnose persoonlijkheidsstoornis vaker. In Wallonië werden eveneens hoge percentages gevonden met betrekking tot het vóórkomen van een persoonlijkheidsstoornis (Jeandarme e.a., 2018; Pham & Saloppé, 2010). Comorbiditeit met middelenproblematiek was vergelijkbaar met of hoger dan internationale bevindingen (Blattner & Dolan, 2009; Carr e.a., 2006; Gow e.a., 2010) en in vergelijking met Wallonië (Jeandarme e.a., 2018). Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen – vooral de antisociale-persoonlijkheidsstoornis – waren de meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen, vergelijkbaar met andere studies (Dolan & Khawaja, 2004; Jeandarme e.a., 2018).

Ook de justitiële antecedenten werden gerelateerd aan internationaal onderzoek. Het lage aandeel van geïnterneerden met een blanco strafregister en het voorkomen van voornamelijk gewelddadige indexdelicten was vergelijkbaar (Blattner & Dolan, 2009; Dolan & Khawaja, 2004; Freestone e.a., 2012; Lelliott, Audini & Duffett, 2001). Het aantal voorgaande vonnissen lag in de medium-security-populatie hoger dan bij vergelijkbare populaties in het buitenland (bijvoorbeeld 6,2 vs. 3,5 in Freestone e.a., 2012). Ook is het interessant op te merken dat 80% van de medium-security-geïnterneerden eerder veroordeeld werd en een derde al een eerdere interneringsmaatregel kreeg opgelegd voorafgaand aan de indexinternering. Dezelfde personen werden met andere woorden de ene keer toerekeningsvatbaar en de andere keer ontoerekeningsvatbaar verklaard. Verbazingwekkend is dit niet, omdat onderzoek al herhaaldelijk heeft aangetoond dat een deel van de veroordeelde gedetineerden eveneens ernstige psychiatrische ziektebeelden vertoont (Fazel & Seewald, 2012). Het strafrechtstelsel en de geestelijke gezondheidszorg lijken als communicerende vaten te fungeren voor daders met psychiatrische problemen (Rice & Harris, 1997).

De scores met betrekking tot de risicotaxatie-instrumenten moeten met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden. Zo zijn er enkel cijfers beschikbaar over de medium-security-populatie, maar ook hier bleek de afname van de instrumenten niet op regelmatige basis te gebeuren. Ook waren de onderzochte PCL-R- en HCR-20-afnames field-scores. De gemiddelde HCR-20-scores lagen ongeveer vijf punten hoger dan de cijfers bij medium-security-populaties in Engeland (Dolan & Khawaja, 2004; Gray, Taylor & Snowden, 2008). Vergelijkbare scores werden teruggevonden in forensisch psychiatrische ziekenhuizen in Nederland (De Vogel & De Ruiter, 2006; Mudde e.a., 2011). In Wallonië lagen de totaal-scores en de H-scores van de HCR-20 lager, maar de C-scores hoger in vergelijking met Vlaanderen (Pham e.a., in review).

De gemiddelde VRAG-score bij de medium-security-populatie lag hoger in vergelijking met de validatiesteekproef (Quinsey e.a., 2006) en ook in vergelijking met Waalse geïnterneerden (Pham e.a., in review), maar was vergelijkbaar met andere studies (Ho, Thomson & Darjee, 2009; Snowden, Gray & Taylor, 2010).

De gemiddelde PCL-R-totaalscore bij de medium-security-populatie was vergelijkbaar met de gemiddelde score bij forensisch psychiatrische patiënten gerapporteerd in het handboek van Hare (2003) en lag iets hoger dan cijfers teruggevonden bij Waalse geïnterneerden (Pham & Saloppé, 2010; Pham e.a., in review).

7 Tot besluit

Geïnterneerde personen zijn mensen met complexe noden op sociaal, psychiatrisch en justitieel vlak. De prototypische geïnterneerde persoon is een laagopgeleide en alleenstaande man van Belgische origine met een instabiele professionele carrière en justitiële antecedenten. Op psychiatrisch vlak is er veelal sprake van comorbiditeit (psychose, persoonlijkheidsstoornis, intellectuele beperkingen, middelenmisbruik). Ondanks de vele noden werd deze groep patiënten geruime tijd stiefmoederlijk behandeld. Vooral het gebrek aan behandelplaatsen was zorgwekkend. Dit leidde ertoe dat België meermaals werd veroordeeld door het EHRM inzake het interneringsbeleid. Gelukkig is de laatste jaren de aandacht voor de internering enorm toegenomen, zowel op wetgevend vlak als op het vlak van de organisatie van de zorg voor geïnterneerde personen. Zo zijn er grote wetgevende ontwikkelingen geweest die resulteerden in de inwerkingtreding van de interneringswet van 5 mei 2014 op 1 oktober 2016. Met de nieuwe interneringswet is voor het eerst gehoor gegeven aan de roep van vooral juristen om de internering voor te behouden aan de zwaardere categorieën van strafbare feiten. De reeds lang in het vooruitzicht gestelde mogelijkheid tot klinische observatie is ook nu weer wettelijk verankerd. De hoop is erop gericht dat dit observatiecentrum ditmaal ook daadwerkelijk in de praktijk zal worden verwezenlijkt. Daarnaast ressorteert in de nieuwe wettelijke situatie de uitvoering van de interneringsmaatregel niet langer onder de bevoegdheid van de CBM, maar voortaan onder de KBM. De nieuwe wet bouwt zonder meer een aantal rechtszekerheidswaarborgen in voor de geïnterneerde personen. Toch bestaat de vrees dat een meer procedurele en bureaucratische wetgeving opnieuw vooral het beveiligingsaspect zal versterken ten koste van het behandelingsaspect. De implicaties van het invoeren van een drempel voor het opleggen van een interneringsmaatregel voor zowel de wet op

de gedwongen opname als voor de opvang van psychisch gestoorde delinquenten in de strafinrichtingen vallen op dit moment moeilijk te overzien. De vrees bestaat dat dit in de praktijk op de nodige problemen zal stuiten. Hoe een en ander praktisch geïmplementeerd zal worden, is nog afwachten.

Naast de vernieuwingen op wetgevend vlak vond in Vlaanderen de laatste decennia een inhaalbeweging plaats op het vlak van de organisatie van de zorg. In 2001 werden eindelijk de eerste forensisch psychiatrische bedden ingericht en in 2014 opende de eerste high-security-instelling haar deuren. Drie federale meerjarenplannen internering creëerden een gedifferentieerder zorgaanbod voor geïnterneerden. Het Masterplan III internering voorzag sinds 2016 in de verdere uitbouw van een forensisch psychiatrisch zorgcircuit in bestaande voorzieningen en de oprichting van bijkomende FPC's in Aalst en Wallonië alsook in voldoende ondersteuning om de doorstroming naar het reguliere circuit te bevorderen (Geens, De Block & Jambon, 2016).

De inhoudelijke veranderingen aan het statuut van geïnterneerde personen die ten gevolge van de nieuwe wettelijke verankering momenteel in het werkveld geïmplementeerd worden, zullen hopelijk bijdragen aan een verbetering van de juridische positie van deze groep. Met de nieuwe wettelijke situatie is ook het recht op zorg voor het eerst wettelijk verankerd. Hopelijk resulteert het vestigen van dit subjectieve recht erin dat er effectief voldoende behandelplaatsen zullen komen en de benodigde zorg aangeboden zal worden aan deze groep die dit zo hard nodig heeft.

In een arrest uit 2016 waarbij het EHRM de zogeheten pilotprocedure volgde,¹⁷ oordeelde het Hof wederom dat de tekortkomingen in het Belgische interneringsbeleid van structurele aard zijn (Schipaanboord, 2016b). De Belgische staat kreeg van het Hof twee jaar de tijd om orde op zaken te stellen en structurele verbeteringen door te voeren in de juridische en feitelijke situatie van deze groep. Deze termijn om schoon schip te maken bleek uiteindelijk te krap te zijn (Vander Beken, Heimans & Schipaanboord, 2016-17). Eind 2018 zaten nog altijd circa vijfhonderd geïnterneerden in Belgische gevangenissen. Wij spreken de hartgrondige hoop uit dat het aandeel geïnterneerden in detentie in de toekomst tot een strikt minimum zal worden beperkt.

Literatuur

-
- Blattner, R., & Dolan, M. (2009). Outcome of high security patients admitted to a medium secure unit: the Edenfield Centre study. *Medicine, Science, and the Law*, 49(4), 247-256.
- Carr, W.A., Rotter, M., Steinbacher, M., Green, D., Dole, T., Garcia-Mansilla, A., e.a. (2006). Structured Assessment of Correctional Adaptation (SACA): a measure of the impact of incarceration on the mentally ill in a therapeutic setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(5), 570-581.
- Casselmann, J., Vuysere, S. De, & Vervaeke, G. (2003). De geïnterneerdenpopulatie van Vlaanderen: enkele cijfergegevens. *Panopticon*, 6, 599-604.
- Cosyns, P. (2005, september). *Behandeling van geïnterneerden in Vlaanderen: een uitdaging voor de toekomst*. Paper gepresenteerd op de Herfstvergadering VVP, Grimbergen.
- Cosyns, P., D'Hont, C., Janssens, D., Maes, E., & Verellen, R. (2007). Geïnterneerden in België. De cijfers. *Panopticon*, 1, 46-61.

- Cosyns, P., Dillen, C., Ruyter, B. de, & Doncker, D. De (1994). Behandelingsmogelijkheden van geïnterneerden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen. In: F. Lampaert (red.), *Gevangenis en samenleving II* (pp. 75-118). Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Deckers, A., Seynnaeve, K., Smedt, A. De, Dheedene, J., Vandenplas, E., & Auwera, A. Van der (2014). *Rapport Geïnterneerden in detentie op 24/12/2013*. Niet-gepubliceerd rapport.
- De Kamer, Doc. 54 1590/001-007, Wetsontwerp houdende internering en diverse bepalingen inzake justitie.
- Dolan, M., & Khawaja, A. (2004). The HCR-20 and post-discharge outcome in male patients discharged from medium security in the UK. *Aggressive Behavior*, 30(6), 469-483.
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Freestone, M., Taylor, C., Milsom, S., Mikton, C., Ullrich, S., Phillips, O., e.a. (2012). Assessments and admissions during the first 6 years of a UK medium secure DSPD service. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 22(2), 91-107.
- Geens, K., Block, M. De, & Jambon, J. (2016). *Masterplan gevangenis en internering*. Geraadpleegd via www.koengeens.be/news/2016/05/13/masterplan-gevangenis-en-internering-terugdringen-overbevolking-gevangenis-en-aange.
- Goethals, J. (1985). Internering in België. Enkele statistische gegevens. *Panopticon*, 6, 129-147.
- Gow, R.L., Choo, M., Darjee, R., Gould, S., & Steele, J. (2010). A demographic study of the Orchard Clinic: Scotland's first medium secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(1), 139-155.
- Gray, N.S., Taylor, J., & Snowden, R.J. (2008). Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 384-387.
- Habets, P., Jeandarme, I., Uzieblo, K., Oei, K., & Bogaerts, S. (2014). Intelligence is in the eye of the beholder: investigating repeated IQ measurements in forensic psychiatry. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(3), 182-192.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Heesch, B. van, Jeandarme, I., Pouls, C., & Vervaeke, G. (2016). Validity of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders. *Psychology, Crime & Law*, 22(6), 530-537.
- Heimans, H., Vander Beken, T., & Schipaanboord, A.E. (2014-15). Eindelijk een echte nieuwe en goede wet op de internering? Deel 1: de gerechtelijke fase. *Rechtskundig Weekblad*, 27, 1043-1064.
- Heimans, H., Vander Beken, T., & Schipaanboord, A.E. (2015-16). Eindelijk een echte nieuwe en goede wet op de internering? Deel 2: de uitvoeringsfase. *Rechtskundig Weekblad*, 2, 42-62.
- Hende, M. Vanden, Caris, K., & Block-Bury, L. De (2005). *Ontgrendeld. Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in Vlaamse gevangenis*. Gent: Academia Press.
- Ho, H., Thomson, L., & Darjee, R. (2009). Violence risk assessment: the use of the PCL-SV, HCR-20, and VRAG to predict violence in mentally disordered offenders discharged from a medium secure unit in Scotland. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(4), 523-541.
- Jeandarme, I. (2016). *Medium security units: recidivism & risk assessment* (proefschrift Tilburg University). Tilburg: Ridderprint.
- Jeandarme, I., Pouls, C., Hanouille, K., Oei, T.I., & Bogaerts, S. (2016). Klinische implicaties van afschaffing van de ministeriële internering in België: onderzoek naar profiel van Vlaamse geïnterneerden-veroordeelden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 574-582.

- Jeandarme, I., Saloppé, X., Habets, P., & Pham, T.H. (2018). Not guilty by reason of insanity: clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, doi:10.1080/14789949.2018.1544265
- Lelliott, P., Audini, B., & Duffett, R. (2001). Survey of patients from an inner-London health authority in medium secure psychiatric care. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 62-66.
- Linhorst, D., & Scott, L.P. (2004). Assaultive behavior in state psychiatric hospitals. Differences between forensic and nonforensic patients. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(8), 857-874.
- Maes, B., Goethals, J., & Verlinden, S. (2009). *Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Melzer, D., Tom, B., Brugha, T., Fryers, T., Gatward, R., Grounds, A., e.a. (2004). Access to medium secure psychiatric care in England and Wales. 1: A national survey of admission assessments. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 7-31.
- Moens, I., & Pauwelyn, L. (2012). *Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Mudde, N., Nijman, H., Hulst, W. van der, & Bout, J. van den (2011). Het voorspellen van agressie tijdens de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten aan de hand van de HCR-20. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(10), 705-713.
- Pham, T., & Saloppé, X. (2010). PCL-R psychopathy and its relation to DSM Axis I and II disorders in a sample of male forensic patients in a Belgian security hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(3), 205-214.
- Potpourri III, Voorontwerp van wet betreffende internering en diverse bepalingen justitie.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (2006). *Violent offenders: appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rice, M., & Harris, G. (1997). The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology, Public Policy, and Law*, 3(1), 126-183.
- Rycke, R. De, & Pauwelyn, L. (2015). Zorg voor geïnterneerde personen: algemene organisatie en beleidsaanbevelingen. In: J. Casselman, R. De Rycke & H. Heimans (red.), *Internerig* (pp. 179-208). Brugge: die Keure.
- Schipaanboord, A.E. (2016a). Een juridisch kader voor wetsovertreders met een psychische stoornis. In: T. Vander Beken, E. Broekaert, K. Audenaert, F. Vander Laenen, S. Vandevelde & W. Vanderplasschen (red.), *Sterktes van mensen. Sterktegerichte strategieën voor het ondersteunen van mensen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten pleegden* (pp. 75-93). Antwerpen/Apeldoorn: Maklu.
- Schipaanboord, A.E. (2016b). *Too little, too late? The ECtHR's pilot judgment on the Belgian internment policy*. Geraadpleegd via <https://strasbourgobservers.com/2016/10/20/too-little-too-late-the-ecthrs-pilot-judgment-on-the-belgian-internment-policy>.
- Schipaanboord, A.E., & Mulbregt, J.M.L. van (2016). Klinische observatie in Nederland en België. *Orde van de Dag*, 74, 58-70.
- Schipaanboord, A.E., & Vander Beken, T. (2015). De interneringswet van 2014. In: C. Wittouck, K. Audenaert & F. Vander Laenen (red.), *Handboek forensische gedragswetenschappen* (pp. 53-80). Antwerpen/Apeldoorn: Maklu.
- 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, 214-250.
- Snowden, R.J., Gray, N.S., & Taylor, J. (2010). Risk assessment for future violence in individuals from an ethnic minority group. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(2), 118-123.

- Vandenbroucke, M. (1995). Geïnterneerde: wie bent u? Een vraag naar de diagnose van de geïnterneerde in België. In: J. Casselman, P. Cosyns, J. Goethals, M. Vandenbroucke, D. De Doncker & C. Dillen (red.), *Internering* (pp. 63-72). Leuven: Garant.
- Vander Beken, T., Heimans, H., & Schipaanboord, A.E. (2016-17). Eindelijk een echte nieuwe en goede wet op de internering? Deel 3: de reparatie. *Rechtskundig Weekblad*, 16, 603-619.
- Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: a prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12(3), 321-336.
- Vuysere, S. De, Casselman, J., & Vervaeke, G. (2004). Geïnterneerden verblijvend in een rijksinstelling in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 260, 18-35.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: assessing risk for violence (version 2)*. Burnaby, Canada: Simon Fraser University.
- Wechsler, D. (2005). *WAIS-III, Nederlandse bewerking. Technische handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdaders en plegers van bepaalde strafbare feiten, *BS* 11 mei 1930.
- Wet van 5 mei 2014 betreffende de internering van personen, *BS* 9 juli 2014. Wet van 4 mei 2016 houdende internering en diverse bepalingen inzake Justitie, *BS* 13 mei 2016.