

Reactie op 'Gebruik van testinstrumenten in psychiatrische deskundigenverslagen bij internering; een exploratief dossieronderzoek in het gerechtelijk arrondissement Gent'

Het dossieronderzoek door De Clercq en Vander Laenen (2013) over het gebruik van testinstrumenten in psychiatrische deskundigenverslagen bij ontorekeningsvatbare forensische patiënten verdient alle lof. Zij concludeerden dat er regelmatig testdiagnostiek gebruikt wordt, ondanks de moeilijke omstandigheden waarin een forensisch psychiater (of psycholoog) moet werken. Hun onderzoek bevestigde ook dat er de behoefte bestaat aan een duidelijk wettelijk kader waarin criteria zijn opgenomen die een forensisch psychiater moet hanteren. Dit Vlaamse artikel verwees ten slotte naar Nederland als voorbeeld.

Vooraleer enkele kanttekeningen te plaatsen bij het Nederlandse voorbeeld voor de Belgische forensische patiënten, wil ik kort ingaan op de nieuwe wet op de internering van 2007, die in 2013 nog steeds niet operationeel is. Deze wet zou de bestaande interneringsmaatregel niet fundamenteel wijzigen. Die maatregel werd al door de wet van 9 april 1930 ingevoerd tot bescherming van de maatschappij tegen 'abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten', en werd integraal vervangen door de wet van 1 juli 1964. Het is belangrijk om aan te stippen dat internering geen straf is, maar een beveiligings- en beschermingsmaatregel. De doelstelling is tweerlei: enerzijds de bescherming van de maatschappij (vandaar ook de benaming: wet op het sociaal verweer), anderzijds een geïnterneerde een verplichte psychiatrische behandeling laten volgen.

Artikel 6 § 1 van de wet van 2007 voorziet in de mogelijkheid van een psychiatrisch deskundigenonderzoek met opname ter observatie in de psychiatrische afdeling van de gevangenis of het forensisch psychiatrisch centrum. De opnamemogelijkheid in een psychiatrische afdeling van de gevangenis bestond reeds in de wet van 1964, maar

kon nooit uitgevoerd worden omdat de psychiatrische afdelingen van de gevangenissen hiervoor nooit uitgerust geweest zijn – en dat zijn ze nog steeds niet.

Deze leemte moest worden ingevuld door het koninklijk besluit van 19 april 1999 tot de instelling van een Penitentiair onderzoeks- en klinisch observatiecentrum (POKO). Dit centrum moest de opname ter observatie zoals bepaald door de wet mogelijk maken, maar het werd nooit opgericht. De huidige wet tracht dit te omzeilen door de opname ter observatie mogelijk te maken in de forensisch psychiatrische centra die zullen worden gebouwd in Gent en Antwerpen. De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft echter ernstige bezwaren geopperd tegen dit voorstel (8 augustus 2012). Deze raad pleit steeds voor een strikte scheiding tussen enerzijds behandeling en anderzijds expertise. Hij wordt hierin gesteund door artikel 100 § 3 van de Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, dat stelt dat de functie van adviserend arts onverenigbaar is met een opdracht als zorgverlener in de gevangenis.

In Europese context maakt men in heel wat landen geen probleem van deze onverenigbaarheid tussen rapporteur en behandelaar. Onlangs verscheen een interessante publicatie over dit onderwerp (Taylor e.a. 2012). Het is duidelijk dat Nederland hier vooroploopt met de multidisciplinaire observatie en diagnostiek die mogelijk is in het Pieter Baan Centrum, de psychiatrische observatiekliniek van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP).

Ik ga akkoord met de auteurs dat het bestaan van dit NIFP een groot voordeel is. Een kanttekening hierbij is wel dat slechts een beperkt aantal van de verdachten hier terecht komt. De meesten worden ambulant onderzocht. Ook vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012) is er animo om de rapportages te professionaliseren en door te ontwikkelen. Analoge denkoefeningen zouden ook kunnen gebeuren door de forensische sectie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP).

Ten slotte nog dit: de Belgische collega's dienen kritisch te zijn over de vijf gradaties van toerekeningsvatbaarheid die in Nederland gebezigd worden. Dit leidt ook in Nederland tot discussie omdat vanuit de geneeskunde gesteld wordt dat de medische wetenschap op grond van haar kennis en kunde slechts in staat is om bij de toerekeningsvatbaarheid drie verschillende gradaties te onderscheiden (Dekker e.a. 2011). Vijf gradaties zijn dus ook niet wenselijk, zoals ook de dichotomie die nu in België bestaat zijn beperkingen heeft.

Een interessante vergelijking vinden we in Zweden, waar het strafrecht niet vrijpleit op grond van verminderde toerekeningsvatbaarheid. Personen die lijden aan een ernstige psychiatrische stoornis worden veroordeeld tot forensisch psychiatrische zorg in plaats van een gevangenisstraf. Het opnieuw introduceren van toerekeningsvatbaarheid als een voorwaarde voor juridische verantwoordelijkheid werd bepleit, niet in het minst door forensische psychiaters (Höglund e.a. 2009).

Nederlandse combinatievonnissen stellen de rechter in staat om zowel straf als behandeling op te leggen. Volgens mij heeft dit twee belangrijke implicaties. Ten eerste krijgt men hierdoor het gegeven dat behandeling een uitvoeringsmodaliteit van straf kan zijn. Voor de geïnterneerde die behandeling behoeft, lijkt het mij niet wenselijk dat behandeling als een soort van straf ervaren wordt. Ten tweede is er ook het probleem van de chronologie van straf en behandeling. In Nederland krijgen tbs-gestelden bij licht verminderde, verminderde of sterk verminderde toerekeningsvatbaarheid eerst een gevangenisstraf en daarna dwangverpleging. Voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen is dit ook niet wenselijk. Echter, de omgekeerde volgorde (eerst behandeling, daarna straf) zoals in Duitsland geeft ook problemen. Hoe kan men de resocialisatie – vanuit een behandelsetting – voorbereiden als betrokkene daarna nog een geruime tijd opgesloten wordt?

De kunst zal erin bestaan om in België de uitstekende aspecten van de Nederlandse forensische psychiatrie over te nemen, maar de minder goede

aspecten vooral links te laten liggen. Inderdaad is het gras vaak niet groener aan de overkant...

## LITERATUUR

- Clercq M De, Vander Laenen F. Gebruik van testinstrumenten in psychiatrische deskundigenverslagen bij internering; een exploratief dossieronderzoek in het gerechtelijk arrondissement Gent. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 337-47.
- Dekker JA, Zuijderhoudt RH, van Marle HJC. Wilsbekwaamheid en toerekeningsvatbaarheid vergeleken. *DD* 2011; 17: 247-60.
- Höglund P, Levander S, Anckarsäter H, Radovic S. Accountability and psychiatric disorders: How do forensic psychiatric professionals think? *Int J Law Psychiatr* 2009; 32: 355-61.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken. Utrecht: de Tijdstroom; 2012.
- Taylor PJ, Graf M, Schanda H, Völlm B. The treating psychiatrist as expert in the courts: is it necessary or possible to separate the roles of physician and expert? *Crim Behav Ment Health* 2012; 22: 271-9.

## AUTEUR

KRIS GOETHALS, A-opleider psychiatrie GGZ Westelijk Noord-Brabant; directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen; Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.  
Correspondentieadres: prof. dr. Kris Goethals, UZ Antwerpen, Universitair Forensisch Centrum, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem.  
E-mail: kris.goethals@uza.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'The use of psychodiagnostic tests in forensic psychiatric reports within the framework of internment. An exploratory study of records on internees in the judicial district of Ghent'

## ANTWOORD aan Goethals

Wij zijn verheugd te lezen dat ons onderzoek op lof kan rekenen. In het oorspronkelijk artikel legden wij de focus op het expertiseverslag. Dit verslag vormt niet alleen een belangrijke basis voor de beslissing omtrent internering, maar ook het diagnostisch luik waarop de verdere behandeling gestoeld is. Zoals Goethals terecht opmerkt, werd nooit werk gemaakt van een Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum. Dit haat wordt, met de nodige beperkingen, deels opgevuld met het psychiatrisch deskundigenonderzoek.

Wij onderschrijven dat kanttekeningen dienen geplaatst te worden bij de nieuwe wet op de internering. Het grote probleem met deze wet is immers dat het voornamelijk een procedurewet is die geen (enkele) garantie biedt op een (kwalitatief goede) behandeling (Vander Laenen 2009). Meer nog dan het ten uitvoer brengen van deze wet, al dan niet in gewijzigde vorm, is er naast het controlerende en beveiligende aspect, dringend behoefte aan voldoende middelen en mensen om behandeling mogelijk te maken.

Met de oprichting van de forensisch psychiatrische centra in Gent en Antwerpen wordt naast behandeling eveneens de opname ter observatie mogelijk gemaakt. Hieromtrent wordt terecht de noodzaak van een strikte scheiding tussen expertise en behandeling benadrukt. Wij sluiten ons aan bij de Orde van Geneesheren die een strikte scheiding tussen de functie van de aangestelde expert en die van zorgverlener/behandelaar adviseert (Nationale Raad Orde van Geneesheren 2010). Een zorgvoorziening kan niet tegelijkertijd expertise opnemen, al is het maar wegens de negatieve impact hiervan op het beroepsgeheim. Ook binnen justitie heeft men dit begrepen.

Dit is ook de reden waarom binnen de gevangenis in 2007 de opsplitsing tussen de zorgequipes en de psychosociale dienst tot stand is gekomen (Vander Laenen 2012). Bovendien kan de onpartijdigheid, die vereist is voor het uitvoeren van een psychiatrisch onderzoek in het kader van interne-

ring, betwijfeld worden wanneer deze vanuit een zorgverlenende instantie gebeurt (Rozie 2010).

De vergelijking tussen het dichotome systeem in België met het systeem van Nederland met vijf gradaties van toerekeningsvatbaarheid is iets om over na te denken. Het Nederlandse model is hierin niet zaligmakend, maar kan wel inspiratie bieden. De vraag blijft hoe men elke mate van toerekeningsvatbaarheid precies omschrijft en welke afbakening men hierbij aanneemt. Volgens Koenraadt (1994) is het zeer moeilijk gradaties in toerekeningvatbaarheid – zoals in Nederland gehanteerd worden – te kwantificeren.

Combinatievonnissen, zoals die mogelijk zijn in Nederland en Duitsland, waarbij zowel een straf als maatregel op chronologische wijze kan worden uitgevoerd, dienen kritisch bekeken te worden. Zoals Goethals stelt, kan het uitvoeren van een straf na behandeling het resocialisatieproces ondermijnen, evenzeer kan het pas aanbieden van behandeling na straf de detentieschade verhogen. Laten we niet vergeten dat geïnterneerden een psychisch zwakke groep zijn wiens kwetsbaarheid onder gevangeniscondities vaak nog toeneemt (Vander Laenen & De Cauwer 2011).

Ten slotte is ook de opmerking dat behandeling niet als straf mag worden ervaren door de geïnterneerde terecht. Hieruit kan evenwel niet worden afgeleid dat een behandeling onder druk (doorverwezen vanuit justitie) per definitie negatief zou worden ervaren, laat staan dat dit niet effectief zou zijn. Behandeling na een justitiële doorverwijzing heeft, in tegenstelling tot de klassieke juridische reactie, haar effectiviteit al voldoende bewezen (De Wree e.a. 2009).

Verder moeten we ook opmerken dat, los van het onderscheid tussen straf en maatregel dat vanuit het wettelijke kader wordt gemaakt, de praktijk toont dat geïnterneerden dit onderscheid vaak heel wat minder duidelijk ervaren. Internering is immers een maatregel van onbepaalde duur waarvan de onzekerheid zwaar weegt voor de geïnterneerde. Hierbij kunnen we ons afvragen welk perspectief we mensen bieden en welke gevolgen dit heeft op het ervaren van behandeling.

## LITERATUUR

- Koenraadt F. Klinische observatie en psychologische rapportage pro justitia. In: Koenraadt F, Steenstra SJ. Forensische psychologie: rapportage en behandeling in het straf(proces)recht. Arnhem: Gouda Quint; 1994.
- Laenen F Vander. De toekomst van de forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, voorzichtig hoopvol, maar semper vigilans. In: Bruggeman W, De Wree E, Goethals J, Ponsaers P, Van Calster P, Vander Beken T, e.a. Van pionier naar onmisbaar. 30 jaar Panopticon. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu; 2009.
- Laenen F Vander. Goede afspraken maken goede vrienden, Beroepsgeheim bij patiënten die ook justitiecliënt zijn. In: Dijkhoff W, Vercruyssen W. Handboek Werken met patiënten. Brussel: Politeia; 2012.
- Laenen F Vander, De Cauwer B. Just-care, justitie en zorg in dialoog over internering. Panopticon 2011; 3: 55-9.
- Nationale Raad Orde van Geneesheren. Advies 11 december 2010 betreffende Wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen die lijden aan een geestesstoornis. Tijdschrift Orde der Geneesheren 2010; 132.
- Rozie M. Interuniversitaire postacademische vorming Forensische psychiatrie en psychologie. Universiteit Gent, Vrije Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven en Universiteit Antwerpen; 2010.
- Wree E De, De Ruyver B, Pauwels L. Criminal justice responses to drug offences: Recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. Drugs: Education, Prevention and Policy 2009; 16: 1-11.

## AUTEURS

MACHTELD DE CLERCQ, psycholoog forensisch zorgcircuit,  
PC Sint-Jan-Baptist, Zelzate.

FREYA VANDER LAENEN, docent criminologie, Vakgroep  
Strafrecht en Criminologie, Universiteit Gent.

Correspondentieadres: machteld.de.clercq@gmail.com