

# FORENSISCHE ZORG DOOR DE CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Leidraad doorheen de multidisciplinaire ambulante  
hulpverlening aan personen met een justitieel statuut



**Colofon:** Redactie: Gorik Kaesemans

Met medewerking van: Bart Duron (CGG VAGGA), Karen Beuckx (CGG VGGZ), Katleen Bosman (CGG Kempen), Frank Reynders (CGG VGGZ), Ruben Van den Aemele (CGG Eclips), Paul Vandoorne (CGG Mandel en Leie), Kris Vanhoeck (CGG Ahasverus), Ludewei Pauwelyn (Zorgnet Vlaanderen)

Eindredactie: Catherine Zenner

Vormgeving: [www.dotplus.be](http://www.dotplus.be)

ISBN 9789491323164

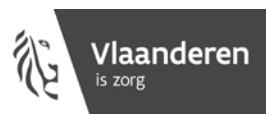
D/2014/12607/4

2014 ©Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

2014 ©FDGG, Martelaarslaan 204 b, 9000 Gent

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitzonderd zijn korte fragmenten, die uitsluitend ten behoeve van recensies geciteerd mogen worden.

Kaesemans, G. (red). 2014. *Forensische zorg door de centra geestelijke gezondheidszorg. Leidraad doorheen de multidisciplinaire ambulante hulpverlening aan personen met een justitieel statuut.* Brussel: Zorgnet Vlaanderen.



# Forensische zorg door de centra geestelijke gezondheidszorg

Leidraad doorheen de multidisciplinaire ambulante hulpverlening  
aan personen met een justitieel statuut



# Inhoud

Woord vooraf	5
1. Algemene situering	6
2. Specifieke forensische werkingen	9
<i>Samenwerkingsakkoord seksuele delinquenten</i>	9
<i>Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden</i>	12
<i>CGG-projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen (AGM)</i>	18
<i>Actieplan intrafamiliaal geweld</i>	21
<i>Forensische ambulante zorg voor geïnterneerden</i>	23
<i>Forensische ambulante zorg voor jeugdige plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag</i>	27
3. Beleidsprioriteiten	30
<i>Uitdagingen binnen de ambulante forensische zorg</i>	30
<i>Uitdagingen in de samenwerking tussen residentiële en ambulante GGZ</i>	31
<i>Uitdagingen in de samenwerking tussen ambulante GGZ en Justitie</i>	31
<i>Bredere maatschappelijke uitdagingen</i>	32
<i>Besluit</i>	33
Referenties	34

# Woord vooraf

De twintig centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) bereiken in Vlaanderen jaarlijks meer dan 55.000 cliënten. In de organisatie van onze geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vormen ze een onmisbare schakel die borg staat voor een gespecialiseerd ambulant zorgaanbod. Het CGG-doelpubliek omvat alle leeftijden en de CGG staan open voor alle psychische problemen met een nood aan gespecialiseerde zorg vanuit een multidisciplinaire aanpak. Binnen de centra vormen personen die in aanraking kwamen met justitie en/of een verhoogd risico op grensoverschrijdend gedrag vertonen, een belangrijke subgroep, gevat onder de term 'forensische zorg'. Dit forensisch zorgaanbod is veelzijdig en wordt vanuit verschillende regelgevende kaders gefinancierd.

De CGG hebben zich sinds hun ontstaan midden jaren 1970 steeds opengesteld voor een forensische populatie. Met de start van het Samenwerkingsakkoord tussen de federale en de Vlaamse overheid voor de begeleiding en de behandeling van seksueel delinquenten kreeg dit aanbod eind jaren 1990 ook formele erkenning en bijhorende hulpverleningscapaciteit. De CGG zijn op dit terrein met andere woorden de kinderschoenen al een tijdje ontgroeid.

Nochtans valt het de CGG-teams in hun dagelijkse contacten met justitiële doorverwijzers regelmatig op dat het gespecialiseerd ambulant forensisch zorgaanbod slechts fragmentair bekend is. Deze publicatie wil daaraan verhelpen. Aan de hand van een bundeling van de volledige forensische CGG-werking willen we de banden met alle partners op het terrein verder versterken. U vindt in deze publicatie ook een aantal beleidsaanbevelingen, gestoeld op de rijke ervaring van de CGG.

Deze publicatie kwam tot stand in de schoot van de werkgroep forensische zorg CGG. Deze werkgroep kadert binnen de thematische ondersteuningsopdrachten van de CGG-koepels en brengt de betrokken centra zeer regelmatig samen. Bij deze publicatie hoort een functiekaart waarin het forensische aanbod vanuit de CGG beknopt staat weergegeven. We wensen alle betrokkenen uitdrukkelijk te bedanken voor hun input.

We hopen alvast dat u na het lezen van deze publicatie een beter zicht heeft op de werking van en de prioriteiten voor de centra geestelijke gezondheidszorg inzake de zorg voor forensische patiënten.

Karen Beuckx,  
Voorzitter werkgroep forensische zorg CGG  
Directeur CGG VGGZ

# 1. Algemene situering

Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) is een gespecialiseerde voorziening binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg die bij voorkeur werkt op verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts, het justitiehuis, sociale diensten, psychiatrische ziekenhuizen... Personen met ernstige psychische problemen kunnen er terecht voor ambulante medisch-psychiatrische en/of psychotherapeutische behandelingen vanuit een multidisciplinair diagnostisch en therapeutisch kader. Aan de hand van een concreet behandelplan wordt gewerkt aan herstel en verbetering, stabilisatie of het draaglijk maken van problemen.

De CGG zijn erkend sinds 1975 en hebben zich bij het uitvoeren van deze algemene opdracht steeds opengesteld voor hulpverlening aan cliënten, gevat in uiteenlopende juridische kaders.<sup>1</sup> Pas in 1998 werden in verschillende CGG gespecialiseerde forensische teams opgericht met als initiële doelstelling de behandeling van psychische problemen en hervulpreventie bij daders van seksuele delicten.<sup>2</sup> Sinds medio 2008 kregen deze forensische teams een bijkomende permanente subsidiëring van de Vlaamse Gemeenschap om geestelijke gezondheidszorg aan gedetineerden te voorzien.<sup>3</sup>

Forensische zorg in strikte zin is de verplichte hulpverlening aan personen met een geestelijke gezondheidsproblematiek in het kader van een gerechtelijke maatregel. Daarnaast bieden CGG ook vrijwillige hulpverlening aan:

- personen die gedetineerd zijn en noden hebben op het vlak van geestelijke gezondheidszorg;
- personen met (een ernstig risico op) grensoverschrijdend gedrag.

Forensische zorg in de brede zin omvat zowel verplichte als vrijwillige hulpverlening aan justitiabelen of personen met (een ernstig risico op) grensoverschrijdend gedrag.

Forensische zorg vindt, zoals elke vorm van medisch-psychiatrische en/of psychotherapeutische behandeling, plaats in een kader van vertrouwelijkheid. Bij het begin van de behandeling wordt de aard van de informatie-uitwisseling met de justitiële instanties aan de cliënt meegedeeld (*informed consent*) en in het geval van seksueel delict vastgelegd in een prestatieverbintenis. Deze informatie-uitwisseling vindt altijd plaats binnen de marges van de wettelijke bepalingen van het beroepsgeheim.

---

1 Met juridische kaders worden de verschillende statuten bedoeld die van toepassing zijn voor mensen die in beschuldiging zijn gesteld of veroordeeld zijn voor een strafbaar feit zoals probatie, voorlopige en voorwaardelijke invrijheidstelling, vrijheid onder voorwaarden, vrijheid op proef...

2 De oprichting van deze teams werd geregeld door het decreet van 2 maart 1999 houdende de goedkeuring van het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik.

3 Deze nieuwe opdracht kadert binnen het Vlaams Strategisch Plan voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (goedgekeurd door de Vlaamse regering op 8 december 2000) en is decretaal verankerd sinds 8 maart 2013 (Decreet betreffende de organisatie van hulp- & dienstverlening aan gedetineerden).

De doelstellingen van de forensische zorg zijn:

- de klachten/symptomen en desgevallend het daaraan verbonden (grensoverschrijdend) gedrag doen verdwijnen of verminderen;
- de klachten/symptomen draaglijk of leefbaar maken en bepaalde herhalingen doorbreken;
- de algemene levenskwaliteit van de cliënt en zijn context verbeteren.

Een forensisch team van de CGG wil in een ambulante behandelkader:

- het inzicht van de cliënt in de eigen problematiek verhogen;
- de manier waarop de cliënt zich tot de problematiek verhoudt actief veranderen.

Van de cliënt wordt een actief engagement gevraagd waarbij hij zinvol gebruik maakt van de behandeling en gemaakte afspraken nakomt in het kader van hervatpreventie.

De therapeut wil door zijn expertise en professionaliteit bij zijn cliënten het inzicht faciliteren in:

- de risicofactoren en de mechanismen die het grensoverschrijdend gedrag in stand houden;
- de gevolgen voor het slachtoffer en voor de cliënt zelf.

De concrete werkwijzen en doelstellingen van de behandeling kunnen verschillen, maar zijn steeds gericht op het samen met de cliënt op zoek gaan naar maatschappelijk aanvaardbare manieren om door het leven te gaan.

De focus van het forensisch werk in de CGG verschilt van de primaire doelstellingen binnen de justitiële afhandeling van een delict. Forensische zorg is immers niet bedoeld als straf of als emotionele vergoeding van de slachtoffers, maar behandelt de psychische problematiek van de betrokken cliënt. Ze tracht wel bij te dragen tot de bescherming van de maatschappij door met wetenschappelijk onderbouwde begeleidings- en behandelingsmethoden de kans op hervat te verminderen.

Binnen de CGG is de voorbije decennia zeer ruime, multimethodische expertise opgebouwd in het kader van een forensisch zorgaanbod. Deze deskundigheid is gebaseerd op verschillende *evidence based* modellen en therapeutische stromingen. Twee vaak gehanteerde modellen lichten we iets meer in detail toe, met name het *risk need responsivity* (RNR) model en het *good lives* model.

Het **RNR-model of het terugvalpreventiemodel** vertrekt van de delictketen die samen met de cliënt wordt opgesteld. Forensisch team en cliënt reconstrueren samen de keten van gebeurtenissen en beslissingen die tot het delict geleid hebben en bepalen in die keten de veranderbare risicofactoren. Deze risicofactoren worden in de behandeling weggewerkt of verzwakt. Veranderbare risicofactoren die de kans op het plegen van nieuwe delicten kunnen vergroten zijn onder andere minimalisering van de feiten, geen verantwoordelijkheid opnemen voor de feiten, hyperseksualiteit, onstabiele leefomstandigheden, laag zelfbeeld, gebruik van alcohol of andere middelen, impulsiviteit... Het RNR-model focust met andere woorden voornamelijk op de risicofactoren: het uitschakelen van inadequate attitudes, het reduceren van deviante seksuele interesse etc.

Terwijl het RNR-model vooral op vermijdingsdoelen focust, is het **good lives model** vooral gericht op toenaderingsdoelen en beschermingsfactoren: hoe kan de cliënt op een goede manier *primary goods*<sup>4</sup> nastreven en zo voor zichzelf een waardevol en bevredigend leven

---

4 *Primary goods* is een concept dat ontleend is aan de Amerikaanse filosoof John Rawls. Hij omschrijft het als "zaken die elk rationeel mens verondersteld wordt na te streven, zoals gezondheid, inkomen, vrijheden, welzijn, zelfrespect..."

opbouwen dat de kans op herval verkleint? De aanname van het *good lives* model is dat elke menselijke actie gezien kan worden als een poging om één van de primaire *goods* te bereiken. Voorbeelden van deze *goods* zijn vriendschap, geluk, creativiteit, kennis... Binnen dit model wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag gezien als een inadequate, onaangepaste poging om één van deze *goods* te verkrijgen. In dit model sluit de forensische hulpverlening aan bij de doelstellingen van de reguliere geestelijke gezondheidszorg, namelijk het sociale, relationele en psychische evenwicht bevorderen en de zelfontplooiing stimuleren.

Concreet wensen de CGG via het forensisch aanbod de cliënt te ondersteunen bij de aanpak van de eigen problematiek, het voorkomen van herval, re-integratie en resocialisatie en de verbetering van de levenskwaliteit. Er wordt delictgerelateerd gewerkt. Daarbij wordt steeds samengewerkt met Justitie voor een optimale informatie-uitwisseling, rekening houdend met het beroepsgeheim.

Tien CGG beschikken over een erkend forensisch team voor forensische zorg: CGG Ahasverus, CGG Kempen, CGG De Pont, CGG Eclips, CGG Mandel & Leie en CGG Largo, CGG Prisma, CGG VAGGA, CGG VGGZ en CGG Vlaams-Brabant Oost. Deze teams bieden bijzondere zorg in een specifiek organisatiekader voor verschillende subdoelgroepen met een forensisch statuut. De tien overige CGG kunnen personen met een forensisch statuut behandelen in een volwasserteam met een algemene opdracht. Het betreft personen voor wie hulpverlening nodig is die minder forensische specialisatie vereist. De behandelplannen zijn gericht op algemene psychische problemen zoals depressie en angst. Soms is er een verband met de forensische situatie (psychische problemen als aanleiding of gevolg van het delict...), soms staan de psychische problemen los van de forensische situatie. In het totale aanbod dat de CGG in Vlaanderen realiseren vertegenwoordigt de populatie met een forensisch statuut 10% van de zorgperiodes<sup>5</sup>. Eén op de acht van deze subgroep krijgt een aanbod in een CGG zonder specifiek erkend forensisch team.

In deze publicatie geven we een overzicht van het ambulante forensische zorgaanbod door de CGG aan de hand van de verschillende beleidskaders die dit aanbod ondersteunen:

- het samenwerkingsakkoord inzake de begeleiding en de behandeling van daders van seksueel misbruik;
- het Strategisch Plan voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden;
- de projecten in het kader van alternatieve gerechtelijke maatregelen en partnergeweld;
- het federaal meerjarenplan voor geïnterneerden;
- het aanbod voor jeugdige plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

In elk hoofdstuk situeren we dit regelgevend kader kort om vervolgens de eigenlijke forensische populatie in een aantal kerncijfers te vatten. Bij dit cijfermateriaal baseren we ons op het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) dat de centra in eigen beheer hanteren. Elk hoofdstuk bevat een concrete casus die de specificiteit van het aanbod concretiseert. Uiteraard zijn alle voornamen in deze casussen fictief.

---

5 Een zorgperiode omvat alle zorgactiviteiten voor één cliënt van bij aanmelding tot afsluiting.



## 2. Specifieke forensische werkingen

### Samenwerkingsakkoord seksuele delinquenten

In het “Samenwerkingsakkoord tussen de federale staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik” werden in 1998 binnen de bestaande CGG en de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW) per provincie één of meer gespecialiseerde voorzieningen aangewezen voor de extrapenitentiaire psychosociale begeleiding of behandeling van daders van seksueel misbruik. Deze gespecialiseerde voorzieningen kregen het exclusieve statuut om prestatieverbintenissen af te sluiten met de justitiële partners over de begeleiding en de behandeling van seksuele delinquenten. De prestatieverbintenis is een contract tussen de betrokkene, de justitiële instantie en de gespecialiseerde voorziening. Daarin staan afspraken over verantwoordelijkheid, samenwerking en informatie-uitwisseling waardoor het voor de betrokkene duidelijk is in welk kader de begeleiding/behandeling zal gebeuren. Op het vlak van de behandeling legt dit contract geen te garanderen resultaten op, maar gaat het om een inspanningsverbintenis.

Het samenwerkingsakkoord legt de volgende taken op aan de gespecialiseerde voorzieningen:

- advies verlenen inzake daders van seksueel misbruik;
- instaan voor de gepaste extrapenitentiaire begeleiding of behandeling waarvoor voorafgaandelijk een prestatieverbintenis wordt afgesloten;
- het opstellen van een behandelingsverslag voor de bevoegde overheid en de justitieassistent, met een omschrijving van welke informatie dit verslag mag en moet bevatten (zie verder);
- het opstellen van een jaarlijks werkingsverslag;
- meewerken aan een registratiemodel.

Dit samenwerkingsakkoord heeft heel wat voordelen en wordt als zinvol ervaren in de forensische werking.

Tien CGG beschikken over een gespecialiseerde forensische equipe. Deze teams nemen de hulpverlening in het kader van het samenwerkingsakkoord op zich. Zij doen doorgaans geen verregaande adviesverlening (in termen van diagnostische verslaggeving aan justitiële instanties of risico-inschatting voor de probatiecommissie) omdat dit voor eenzelfde cliënt deontologisch onverenigbaar is met de positie van begeleider of behandelaar. In de beleidsprioriteiten (onder hoofdstuk 3) komen we hier meer uitgebreid op terug.

De tien CGG konden bij de start van het samenwerkingsakkoord samen beschikken over 21 VTE voor de ambulante extrapenitentiaire hulpverlening aan seksuele delinquenten in Vlaanderen. Deze middelen werden in 2007 uitgebreid naar 27 VTE.



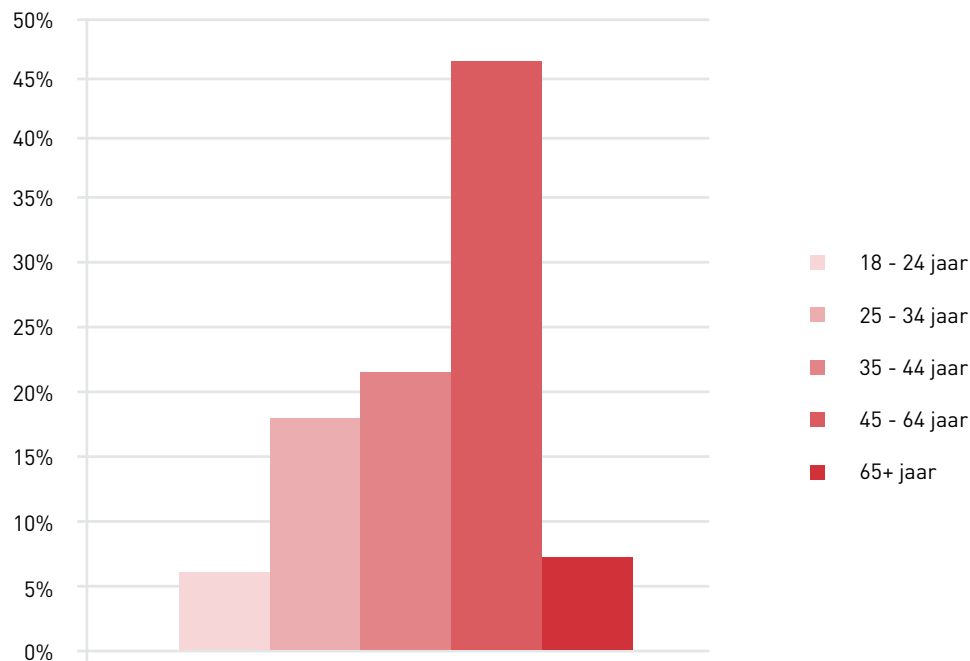
*De justitieassistentie verwijst Gilbert door in het kader van een probatiemaatregel. Eén van de voorwaarden van deze maatregel is dat hij een gespecialiseerde behandeling dient te volgen. Gilbert is 67 jaar en werd veroordeeld voor de aanranding van de eerbaarheid van zijn 13-jarige kleindochter. Hij heeft erg veel spijt van wat is gebeurd en hoopt erin te slagen de door hem berokkende schade op de één of de andere manier recht te zetten. Daarom vindt hij het belangrijk om te weten te komen waarom hij tot dit soort feiten is overgegaan om hieruit lessen te trekken: hij wil ten allen tijde voorkomen dat iets dergelijks opnieuw gebeurt.*

*Tijdens de gesprekken zijn de uitlokkende factoren voor de feiten in kaart gebracht en wordt bekeken hoe Gilbert hiermee anders kan omgaan. De therapeutische behandeling werkt niet alleen aan hervulpreventie in de strikte zin, maar besteedt ook uitgebreid aandacht aan de maatschappelijke re-integratie van de cliënt. Het aan het licht komen van de feiten bracht voor Gilbert immers ook allerhande relationele, familiale en sociale problemen met zich mee. Hoe kan Gilbert opnieuw een zinvolle rol vervullen in zijn familie en ruimer in de maatschappij?*

### Cijfergegevens

In 2013 werden door de erkende CGG 884 zorgperiodes<sup>6</sup> opgenomen in het kader van het samenwerkingsakkoord. Het gaat om 20% van de totale forensische CGG-populatie.

In 2013 gebeurde 98% van de behandelingen in het samenwerkingsakkoord bij mannen. Iets meer dan de helft van deze cliëntenpopulatie is 45 jaar of ouder. Een kwart van de instroom via het samenwerkingsakkoord is jonger dan 35.



*Figuur 1: leeftijdsverdeling cliëntenpopulatie samenwerkingsakkoord  
(Bron: EPD CGG 2013)*

<sup>6</sup> Een zorgperiode omvat alle zorgactiviteiten voor één cliënt van bij aanmelding tot afsluiting. Een cliënt kan gedurende een kalenderjaar meerdere zorgperiodes genereren indien na afronding van een zorgtraject een nieuwe aanmelding plaatsvindt in hetzelfde jaar. In de praktijk valt het aantal zorgperiodes grosso modo samen met het aantal cliënten.

Onderzoek<sup>7</sup> toont aan dat een aanzienlijke groep van seksuele delinquenten al afwijkende fantasieën heeft in de adolescentie. Bovendien blijkt het op jonge leeftijd voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag een duidelijke voorspeller voor recidieve op latere leeftijd<sup>8</sup>. Uit de CGG-cijfers kunnen we afleiden dat jongvolwassenen slechts beperkt instromen, 6% is jonger dan 24 jaar. Mogelijk worden de feiten gepleegd door jongeren als minder ernstig ervaren en wordt niet tijdig overgegaan tot aangifte, vervolging en/of doorverwijzing naar gespecialiseerde tweedelijns hulpverlening. Het uitblijven van de inbeschuldigingstelling kan te maken hebben met het toeschrijven van feiten aan puberaal experimenteel gedrag en aan de gepercipieerde onduidelijkheid van het grensoverschrijdend gedrag.

De grote groep van 45-plussers in de CGG-cijfers is mogelijk te verklaren vanuit de wetenschap dat seksuele delinquenten, indien ze niet gestopt worden, feiten blijven plegen en geleidelijk aan ook overgaan tot het plegen van ernstigere feiten. Daardoor komen ze op latere leeftijd uiteindelijk in aanraking met justitie en met de hulpverlening.

In 2013 werd 65% van de aangemelde cliënten binnen de 30 dagen gezien voor een eerste *face to face* contact. Slechts 17% van de populatie moet langer dan twee maanden wachten. Deze langere wachttijden kunnen gedeeltelijk verklaard worden doordat aanmeldingen vanuit strafinstellingen gebeuren op het moment dat de toestemming tot het verlaten van de strafinstelling nog niet in orde is voor de gedetineerde. Intakegesprekken op de dienst kunnen vaak pas doorgaan nadat deze toestemming er is. De helft van de behandelingen duurt langer dan zes maanden. In vergelijking met andere populaties in de CGG kenmerkt de behandeling van seksuele delinquenten zich door een hoger aantal *face to face* contacten. In 2013 omvatte één op de drie van de afgesloten zorgperiodes meer dan tien therapiegesprekken. Het aantal doorverwijzingen vanuit Justitie waarop de CGG geen behandelaanbod kunnen formuleren is zeer beperkt. In 2013 ging het om 55 dossiers.

Belangrijkste redenen om niet met een behandeling te starten zijn:

- het feit dat residentiële (*high care*) behandeling vereist is;
- het ontbreken van elke hulpvraag of motivatie tot hulp;
- volledige ontkenning.

Vier op de vijf verwijzingen loopt via Justitie. Andere verwijzers komen vooral vanuit de gezondheidszorg. Vijf procent van de cliënten meldt zich aan op eigen initiatief.

De meest voorkomende justitiële statuten zijn veroordeelden met een probatiemaatregel (30%) en personen die in verdenking zijn gesteld en vrij zijn onder voorwaarden (20%).

## Evaluatie

De CGG hebben de voorbije twee decennia een zeer hoge expertise opgebouwd in het werken met seksuele delinquenten. Dankzij deze graad van specialisatie kunnen de CGG een aanzienlijke groep van seksuele daders met een complexe problematiek ambulant behandelen.

Wanneer we kijken naar de gepleegde feiten zijn pedoseksuele feiten (binnen/buiten het gezin en intra-/extrafamiliaal), eboseksualiteit (seksuele voorkeur voor pubers), exhibitionisme en verkrachting/aanranding van de eerbaarheid de meest voorkomende delicten. Daarnaast blijkt het bezit/de verspreiding van kinderpornografie als delict steeds vaker voor te komen. Deze nieuwe tendens en de specificiteit van de doelgroep verplichten de forensische teams

7 Becker, J., Cunningham-Rathner, J. & Kaplan, S. 1986; Marshall, W. & Marshall, L. 2000.

8 Hanson, R. & Bussière, M. 1998.

om permanent up-to-date te blijven met de nieuwste behandel mogelijkheden en -evoluties. De kritische blik van de brede publieke opinie ten aanzien van een ambulant aanbod voor deze populatie is voor de CGG een permanente uitdaging. De resocialisatiegedachte voor de seksueel delinquent staat immers onder sterke maatschappelijke druk. Daartegenover staat een toenemende vraag vanuit Justitie om cliënteel doorverwezen te krijgen naar een kwaliteitsvol ambulant zorgaanbod. De specificiteit van dit behandelingskader laat voor een beperkt aantal justitiabelen bovendien niet toe dat de CGG aan de vraag naar advies vanuit Justitie tegemoet kunnen komen. Hierbij speelt ook de deontologische onmogelijkheid om advisering voor eenzelfde cliënt te combineren met behandeling. We komen er onder de beleidsprioriteiten in hoofdstuk 3 uitgebreid op terug. De druk op het ambulante aanbod stijgt mede omdat er onvoldoende residentiële behandelcapaciteit is voor de specifieke doelgroep.

## Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden

De Vlaamse overheid nam in 2000 het initiatief om een brede vorm van hulp- en dienstverlening in de penitentiaire instellingen uit te bouwen en te verbeteren. De Vlaamse Gemeenschap ontwikkelde het Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en bood daarmee het kader om aan deze doelstelling te werken. Het plan werd op 8 december 2000 goedgekeurd door de Vlaamse regering.

De Vlaamse overheid omschrijft de missie als volgt: *“De Vlaamse gemeenschap waarborgt het recht van alle gedetineerden en hun directe sociale omgeving op een integrale en kwaliteitsvolle hulp- en dienstverlening zodat ook zij zich harmonisch en volwaardig kunnen ontplooiën in de samenleving”*.<sup>9</sup>

In het decreet van 8 maart 2013 betreffende de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden omschrijft de Vlaamse Regering zes doelstellingen:

1. de zelfontplooiing van de gedetineerde stimuleren;
2. het sociale, relationele en psychische evenwicht van de gedetineerde herstellen;
3. de negatieve gevolgen voor de gedetineerde en zijn directe sociale omgeving, veroorzaakt door en tijdens de detentie, beperken;
4. de integratie en participatie in de samenleving na de detentieperiode bevorderen;
5. een proces van herstel tussen dader, slachtoffer en samenleving stimuleren;
6. de kans op herstel beperken.

Om deze doelstellingen te realiseren vervult de Vlaamse Regering minstens de volgende opdrachten of neemt ze initiatieven met het oog op hun realisatie:

1. uitbouwen van een kwaliteitsvol aanbod in functie van rehabilitatie en re-integratie en het herstellen van de schade aan de slachtoffers, de samenleving en de gedetineerde;
2. profileren van het hulp- en dienstverleningsaanbod: informeren, adviseren en motiveren van de gedetineerden, zodat zij gebruikmaken van het hulp- en dienstverleningsaanbod;
3. maximale samenwerking garanderen tussen de verschillende betrokken sectoren voor de hulp- en dienstverlening (Volksgezondheid, Welzijn, Onderwijs, Arbeid, Sport en Cultuur) en met de justitiële actoren;
4. verkrijgen en vergroten van het draagvlak bij de actoren van de Vlaamse Gemeenschap en de verschillende stakeholders;
5. in functie van de motivatie, vorming en ontplooiing van de medewerkers een gepast HRM-en organisatieontwikkelingsbeleid opzetten.

---

<sup>9</sup> We willen benadrukken dat de definiëring van “gedetineerden” ook de geïnterneerden omvat.

Tot 2008 werden de nodige middelen niet vrijgemaakt voor de uitvoering van het luik gezondheidszorg binnen het Strategisch Plan. In 2008 kregen de CGG samen 16 VTE toegekend om een hulp- en dienstverleningsaanbod te voorzien voor de groep van beklaagden, veroordeelden en geïnterneerden in de gevangenis. Het CGG-aanbod werd voor hen uitgebouwd op het vlak van intake, psychodiagnostiek en diagnosestelling, indicatiestelling en multidisciplinaire hulpverlening. Dat gebeurt via psychotherapie (individueel of in groep), psycho-educatie, preventieve initiatieven of motiverende pretherapeutische activiteiten. Er werd zowel geïnvesteerd in hulpverlening tijdens detentie als in het opzetten van een post-penitentiair aanbod voor gedetineerden bij vrijlating. De CGG werken daarbij steeds samen met de betrokken actoren: de gevangenisdirectie, de psychosociale dienst en de zorgteams in de gevangenis, de beleidscoördinator van de Vlaamse Gemeenschap, de andere actoren van het Strategisch Plan (Justitieel Welzijnswerk, Volwassenonderwijs, VDAB...), de justitiële actoren, de eerste lijn etc.

De middelen werden verdeeld over de tien CGG die al beschikten over een erkend forensisch team:

- CGG Kempen voor de gevangenis van Hoogstraten, Wortel, Merksplas en Turnhout;
- CGG Ahasverus (psychotherapie-BRUG) voor de gevangenis van Sint-Gillis, Berken-daal en Vorst;
- CGG Eclips voor de gevangenis van Gent, Dendermonde en Oudenaarde;
- CGG Vlaams-Brabant Oost voor de gevangenis van Leuven Centraal en Leuven Hulp;
- CGG Mandel & Leie voor de gevangenis van Ruiselede;
- CGG Largo voor de gevangenis van Leper;
- CGG De Pont voor de gevangenis van Mechelen;
- CGG Prisma voor de gevangenis van Brugge;
- CGG VAGGA voor de gevangenis van Antwerpen;
- CGG VGGZ voor de gevangenis van Hasselt en Tongeren.

In 2014 werd geen extra capaciteit voorzien voor de nieuwe gevangenis in Beveren.

Deze forensische teams kenden hun oorsprong bij de opstart van de conventie Daderhulp in 1998 in het kader van de begeleiding en de behandeling van seksueel delinquenten (zie hoger). Dat vormde een bewuste keuze, aangezien de forensische CGG-teams specifieke kennis van en ervaring hebben met diagnose, indicatiestelling en behandeling van psychiatrische cliënten die grensoverschrijdend gedrag stellen. Verder hebben zij ook ervaring in het werken in een justitiële context, meestal binnen een gedwongen kader. Toch verschilt de werking van het Strategisch Plan op een aantal punten van de forensische werkingen in het kader van de hulpverlening aan seksueel delinquenten.

Naast de delictgerelateerde behandeling richt de hulpverlening ten aanzien van beklaagden, veroordeelden en geïnterneerden zich ook op problemen die vaak voorkomen bij de gevangenispopulatie: angst, depressie, agressie, risico op suïcide, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen... Een ander belangrijk onderscheid is dat de hulpverlening in de strafinrichtingen niet opgelegd kan worden door justitie, maar op vrijwillige basis wordt aangeboden op vraag van de gevangene.

Alle CGG hebben onderzoek verricht naar de situatiegebonden noden en behoeften in de hen toegewezen gevangnissen. Elke gevangenis en de ruimere context is immers anders: sommige penitentiaire instellingen hebben bijvoorbeeld een voorgeschiedenis als arresthuis en kennen een grote instroom van beklaagden; in een aantal gevangnissen is een hoge aanwezigheid van geïnterneerden. In functie van die specifieke contextanalyse werd onderzocht wat het meest gepaste hulpverleningsaanbod is. Daarbij hielden de CGG rekening met de andere, aanwezige partners actief in de inrichting. Dat aanbod wordt bekendgemaakt in de strafinrichtingen en er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt met de directies van de gevangnissen en andere actieve partners van het Strategisch Plan. De beleidscoördinatoren van de gevangnissen hebben daarbij lokaal een coördinerende en ondersteunende functie.

Deze contextspecifieke benadering heeft ertoe geleid dat het aanbod tussen de CGG kan variëren op de volgende punten:

- individueel en/of groepsaanbod;
- behandelde problematieken (algemene geestelijke gezondheidsproblemen, suïcide, agressie, verslaving, seksueel misdrijf...);
- exclusiecriteria voor de gedetineerde (onvoldoende kennis van het Nederlands, ernstige mentale beperking...);
- exclusief intrapenitentiair of combinatie van intrapenitentiair en postpenitentiair aanbod;
- specifieke samenwerkingsverbanden in de gevangenis.

Een belangrijke meerwaarde die de CGG kunnen bieden is de continuïteit van zorg die start tijdens en zich verderzet na detentie. Onderzoek toont aan dat deze continuïteit een belangrijke beschermende factor is voor het voorkomen van recidieve<sup>10</sup>. Concreet houdt dat in dat mensen die tijdens detentie aangemeld worden voor een intrapenitentiair traject, dit traject in het kader van hun reclassering na detentie verder kunnen zetten.



*Koen wordt verwezen door de psychosociale dienst (PSD) van de gevangenis voor een therapeutisch traject bij het CGG door aanhoudende depressieve klachten (huiltbuien, slapeloosheid, uiten van suïcidedgedachten, geen initiatief nemen). Koen is 34 jaar en werd veroordeeld voor een effectieve gevangenisstraf van vier jaar voor slagen en verwondingen, zowel naar zijn partner toe als naar anderen.*

*Tijdens de gesprekken met de therapeut van het CGG blijkt dat de klachten van Koen kaderen in een meer uitgebreide problematiek die wijst op posttraumatische stressklachten. Koen is namelijk opgegroeid met een zeer gewelddadige vader die het gezin, in het bijzonder Koen en zijn moeder, in ernstige mate terroriseerde. De herinneringen aan zijn kindertijd kwamen bij Koen sterk naar boven door de opgelopen gevangenisstraf. De hulpvraag van Koen betreft in eerste instantie het helpen begrijpen hoe het komt dat hij zelf dader is van ernstig familiaal geweld, terwijl hij daar in het verleden zelf zo onder geleden heeft. Hij vindt zichzelf bovendien erg impulsief en zou dat graag beter in de hand kunnen houden. Als bijkomende doelstelling wordt ook overeengekomen om te komen tot meer initiatief in de gevangenis.*

*Wanneer Koen in aanmerking komt voor uitgangsvergunningen, stelt hij zelf de vraag of het mogelijk is de gesprekken bij het CGG verder te zetten voor zijn reclassering. Hij neemt dat op met de PSD die hem aanmeldt bij de werking van het CGG buiten de gevangenis. Hier wordt Koen aanvaard voor het doorlopen van een intakeprocedure en nadien ook voor het opstarten van een behandeling postpenitentiair. Binnen het team wordt de afweging gemaakt of het opportuun is die behandeling bij dezelfde therapeut op te starten. In het geval van Koen zijn er geen tegenindicaties voor en is het zelfs aangewezen, gezien de vertrouwensrelatie die werd opgebouwd en gezien de thema's die intrapenitentiair besproken werden dicht aansluiten bij de belangrijke thema's voor de reclassering.*

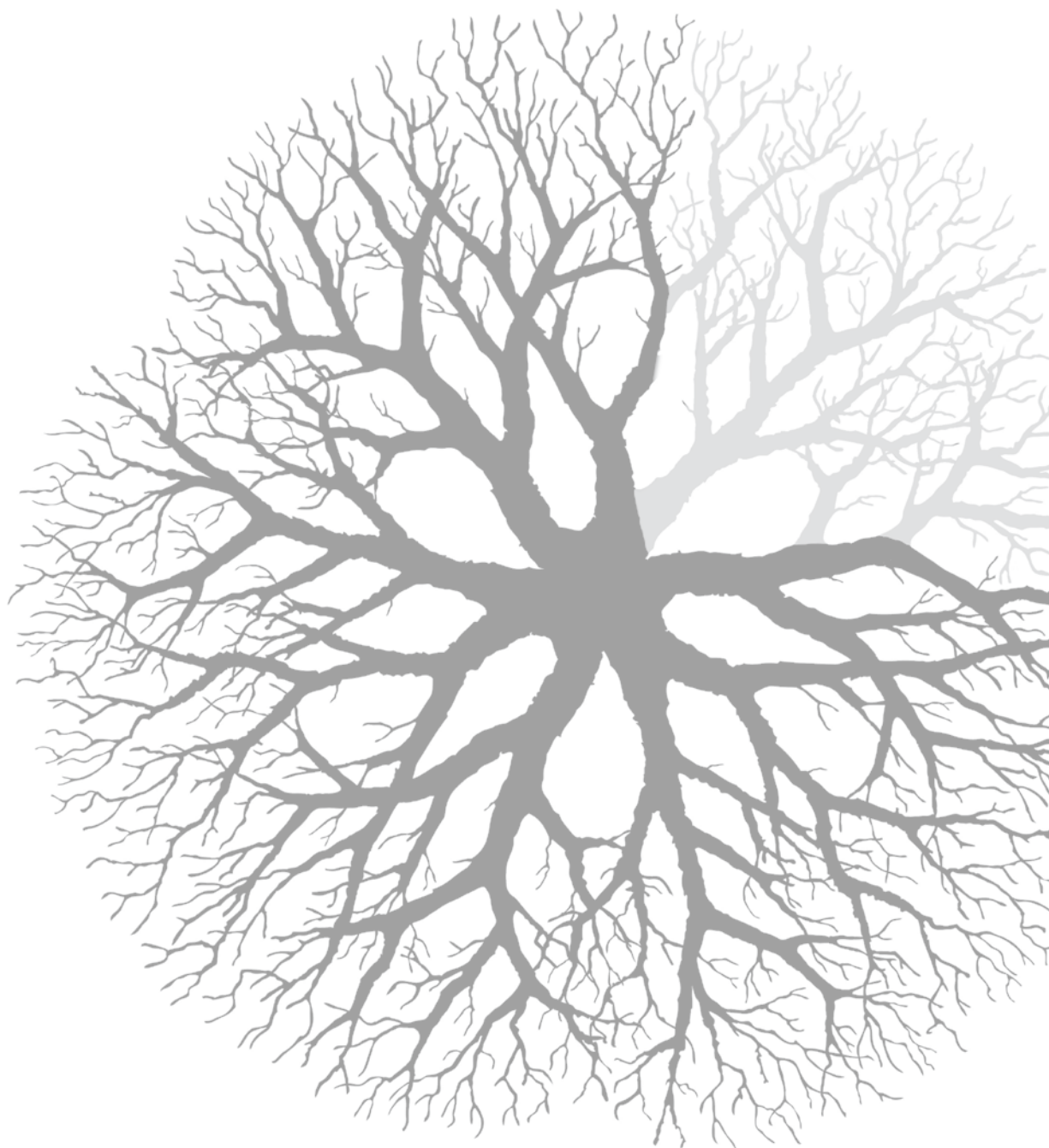
Het aanbieden van dit traject intra- en postpenitentiair is niet steeds mogelijk. Een belangrijke reden is dat de doelstellingen en de context van een intrapenitentiaire behandeling anders zijn dan die van een postpenitentiaire behandeling. Een postpenitentiaire behandeling is in eerste instantie reclasseringsgericht in functie van hervolpreventie. Dat maakt dat voor een

---

<sup>10</sup> Ventura, A., Cassel, C., Jacoby, J. et al. 1998.

dergelijk ambulant traject strikte inclusiecriteria voor risico op herval en ambulante haalbaarheid gelden. Dat is veel minder het geval voor de intrapenitentiaire trajecten. Bovendien wordt postpenitentiair, in tegenstelling tot intrapenitentiair, ook gewerkt met de vraag van justitie en niet alleen met die van de cliënt.

Een tweede belangrijke reden waarom het verzekeren van continuïteit geen evidentie is, zijn de breuklijnen binnen de trajecten die veroorzaakt worden door het (transfer)beleid vanuit justitie. Het is bijvoorbeeld vaak zo dat intrapenitentiaire trajecten onderbroken worden door een transfer van een gedetineerde naar een andere gevangenis. Ook gebeurt het regelmatig dat de regio van reclassering niet dezelfde is als de regio van de gevangenis waar de gedetineerde verblijft. Ten slotte beperkt ook het huidige budgettaire kader de mogelijkheden voor een verdere uitbouw van postpenitentiaire trajecten.

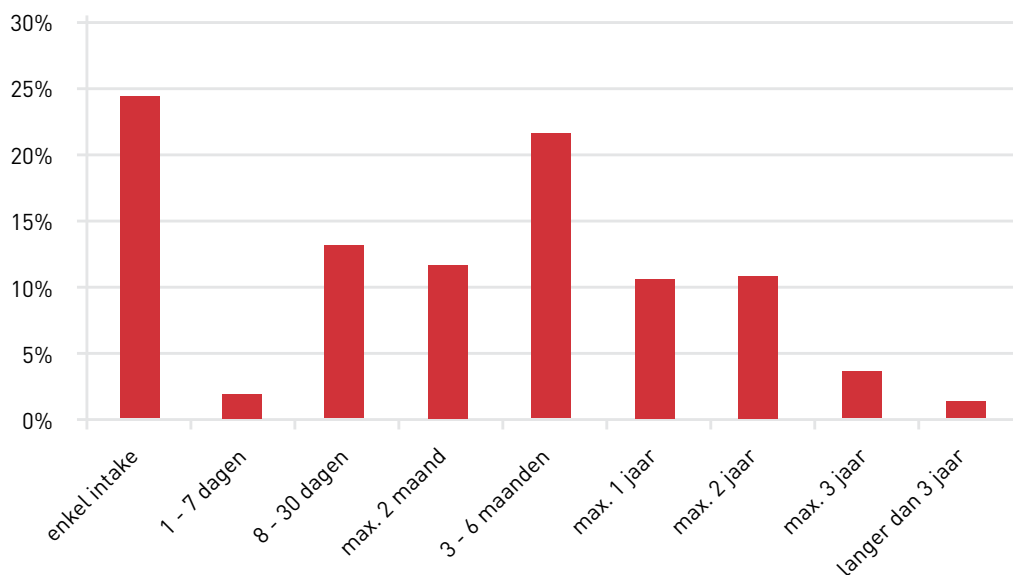




## Cijfergegevens

In 2009 startten de CGG met 593 zorgperiodes van gedetineerden in het kader van het Strategisch Plan. Dat aantal liep in 2013 op tot 1.193 zorgperiodes. Dat komt overeen met 26% van de totale forensische zorg door de CGG. Deze zorgperiodes worden bijna uitsluitend door de CGG met een forensisch team opgenomen. 92% van de begeleidingen en behandelingen in het Strategisch Plan gebeuren bij mannen, 8% bij vrouwen.

Het aanbod is gebaseerd op gedetecteerde noden en de beschikbare hulpverleningscapaciteit. De middelen worden zo efficiënt mogelijk ingezet voor een doelgroep met zeer hoge noden. Slechts een beperkt deel van de gevangenispopulatie kan gebruikmaken van het CGG-aanbod, gegeven de beschikbare hulpverleningscapaciteit. De wachttijden hangen samen met deze beperkte hulpverleningscapaciteit en met de specificiteit van de gevangenispopulatie. Een inrichting met voornamelijk beklagden genereert een grotere doorstroom van cliënten, terwijl in een gevangenis met voornamelijk langgestraften de gevangeniscontext verandering vaak tegenwerkt. Naast een gebrek aan capaciteit zijn het vooral externe factoren die de werking van het CGG in de gevangenis bemoeilijken: beschikbaarheid van gesprekslokalen, transfers...



Figuur 2: duur behandeling afgesloten dossiers 2013, hulpverlening aan gedetineerden (Bron: EPD)

Driekwart van de behandelingen duurt minder dan een jaar, de grootste groep van behandelingen heeft een duurtijd tussen de drie à zes maanden. Een kwart van de behandelingen worden na de intakefase afgesloten. Dat heeft te maken met de vermelde externe factoren die het werken in de gevangenis bemoeilijken en met de discrepanties tussen hulpvraag en hulpaanbod. Het overgrote deel van de cliënten wordt verwezen door de psychosociale dienst van de gevangenis (PSD), het zorgteam binnen de gevangenis en andere justitiële instanties. De laatste jaren is er een sterke stijging van de aanmeldingen op eigen initiatief.

De meest voorkomende justitiële statuten zijn veroordeelden (52%), mensen in voorlopige hechtenis (24%) en geïnterneerden (10%). Daarnaast zijn ook voorwaardelijke invrijheidstelling, beperkte detentie en elektronisch toezicht voorkomende statuten van de CGG-cliëntpopulatie. In vergelijking met de samenstelling van de totale gevangenispopulatie bereiken de centra veel meer geïnterneerden en veroordeelden. Voor mensen in voorlopige hechtenis staat de



hulpvraag vaak minder op de voorgrond in het justitiële traject; de focus op hulpverlening voor geïnterneerden in de gevangenis is logisch gezien de specifieke noden en zorgbehoeften van deze doelgroep. De meest voorkomende delicten bij de behandelde gedetineerden zijn niet-seksuele agressie (33%) en seksueel grensoverschrijdend gedrag (20%).

## Evaluatie

Na vijf jaar CGG-aanbod onder het Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden hebben de CGG hun werking geëvalueerd. Deze evaluatie resulteert in een aantal duidelijke sterktes, verbetermogelijkheden, bedreigingen en opportuniteiten.

Een grote sterkte van het aanbod is dat de CGG-hulpverleners binnen het Strategisch Plan verankerd zijn in de multidisciplinair samengestelde forensische teams die grote expertise en ervaring hebben in (delictgerelateerde) behandeling van personen met psychische problemen. Ze bieden gedifferentieerde hulpverlening aan voor verschillende doelgroepen (individuele en/of groepstherapie, agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, personen met een mentale beperking, personen met een verslavingsproblematiek, suicidepreventie...). Ze kunnen continuïteit in de zorg aanbieden door verwijzing naar postpenitentiaire behandeling in het ambulante forensische team. Zoals hierboven omschreven biedt dergelijke continuïteit van zorg een aangetoonde meerwaarde in hervulpreventie, maar laten de huidige middelen niet toe om hier vanuit de CGG sterk op in te zetten. Die actuele financiering dwingt de CGG te veel om keuzes te maken voor een beperking van hun aanbod, waardoor niet elke gedetineerde de nodige en aangepaste zorg krijgt. Een bijkomende moeilijkheid in het werken binnen de penitentiaire context zijn de praktische problemen zoals de beschikbaarheid van gesprekslokalen en de transfers van de gedetineerden naar andere gevangenissen.

Kansen voor de nabije toekomst liggen zeker in de groeiende samenwerking met de beleidscoördinator en de andere partners van het Strategisch Plan. Justitie en gevangenisdirecties zijn ook steeds meer overtuigd van het belang van kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg tijdens detentie. Veel mensen met een ernstige psychische problematiek komen tijdens hun verblijf in de gevangenis voor het eerst in contact met de hulpverlening. Ze krijgen eerste opvang, degelijke begeleiding en starten een therapeutisch traject dat na afloop van de detentie kan worden voortgezet. Tegelijk zijn er indirecte effecten van een degelijk uitgebouwde geestelijke gezondheidszorg (en bij uitbreiding van het volledige hulp- en dienstverleningsaanbod) in de gevangenis. We denken daarbij aan een positievere sfeer, een daling van de spanningen en agressiegevallen, een preventief effect op suïcidale gedachten en suïcidepogingen. In de toekomst willen de CGG nog sterker hun expertise op het domein van de geestelijke gezondheidszorg in de specifieke context van penitentiaire instellingen inzetten. Uit het recent door de VUB uitgevoerde behoeftenonderzoek<sup>11</sup> in de Antwerpse gevangenis blijkt de rapportage van psychisch lijden onder gedetineerden zeer hoog. Tegelijk maakt slechts een beperkt percentage gebruik van het huidige aanbod dat ook nog onvoldoende bekend is bij de doelgroep. Het onderzoek onderstreept dat gedetineerden alleen maar baat kunnen hebben bij een meer planmatige en qua capaciteit versterkte aanpak van de geestelijke gezondheid binnen de muren, zeker als je de specificiteit van de huidige gevangeniscontext in ons land bekijkt (met name de overbevolking, de verslavingsproblematiek...). De CGG betreuren dan ook dat de opening van de nieuwe penitentiaire instelling in Beveren niet gepaard ging met bijkomende middelen voor het luik gezondheidszorg.

---

11 Brosens, D., De Donder, L., Verté, D. 2013.

## CGG-projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen (AGM)

De projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen kaderen binnen het Globaal Plan<sup>12</sup> van de federale regering. Het Globaal Plan, dat in de eerste plaats een tewerkstellingsplan is, voorziet een aantal maatregelen die veiligheid en preventie bevorderen. Steden en gemeenten kunnen daarbij op basis van een overeenkomst met de federale overheid extra personeel aanwerven om Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen te omkaderen (of om de buurtbemiddeling te ondersteunen). Het gaat om maatregelen op het vlak van hulp- en dienstverlening binnen de probatie, de bemiddeling in strafzaken, de alternatieve maatregelen ter vervanging van voorlopige hechtenis en de maatregelen ter vervanging van een beslissing door de jeugdrechter.

De overeenkomst staat toe dat de steden en gemeenten een deel of het geheel van het bijkomend personeel 'detacheren' of inbedden in een vereniging of organisatie die een bijzondere expertise heeft in de doelgroep.

Doelstellingen van de Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen zijn:

- inzicht bevorderen bij plegers van overtredingen en van de rechtstreekse of onrechtstreekse schade die ze veroorzaakt hebben met hun gedrag;
- het wegnemen van het gevoel van straffeloosheid (veroorzaakt door seponeringsmaatregelen);
- de reclassering van betrokkenen in de maatschappij bevorderen.

Een aantal CGG hebben in dit kader een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met één of meerdere gemeenten. De meeste projecten die in de CGG werden opgestart behartigen de thema's seksueel grensoverschrijdend gedrag, agressie of middelenproblematiek. De projecten verschillen per CGG en zijn afhankelijk van de specifieke overeenkomst met de betrokken lokale overheid.

Binnen deze projecten wordt gestreefd naar:

- het verhogen van probleeminzicht bij de pleger, zowel in de eigen problemen als pleger als in de mogelijke gevolgen voor eventuele slachtoffers;
- het bevorderen van gedragsverandering bij de pleger;
- het bevorderen van sociale integratie van de pleger;
- het beperken van de kans op herval.

Aangezien de projecten plaatsvinden binnen de omkadering van de federale overheidsdienst Justitie gelden een aantal specifieke afspraken over de samenwerking en de informatie-uitwisseling met justitie. De initiatiefnemers zorgen voor de organisatie en de pedagogische omkadering van de projecten. Daarnaast informeren ze de betrokken gerechtelijke overheden over de uitvoering van de alternatieve maatregelen. Deze informatie-uitwisseling vindt altijd plaats binnen de marges van de wettelijke bepalingen van het beroepsgeheim voor de CGG.

Momenteel hebben zes CGG een project Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen, met name:

- CGG De Drie Stroom (stad Dendermonde):
  - » plegers van seksuele en geweldsdelicten;
  - » pyromanen en kleptomanen;
- CGG Kempen (stad Turnhout):
  - » plegers van druggerelateerde delicten;

---

<sup>12</sup> Globaal plan voor de werkgelegenheid, het concurrentievermogen en de sociale zekerheid, goedgekeurd door de ministerraad op 18 november 1993 – wet van 30 maart 1994.

- CGG De Pont (stad Mechelen):
  - » training omgaan met agressie;
  - » sociale vaardigheidstraining;
- CGG VGGZ (stad Hasselt):
  - » vorming voor plegers van agressiedelicten;
- CGG Waas en Dender:
  - » plegers van druggerelateerde delicten (stad Sint-Niklaas);
  - » plegers van vermogens- en geweldsdelicten (stad Dendermonde);
- CGG Zuid Oost Vlaanderen (stad Oudenaarde, stad Zottegem, stad Geraardsbergen):
  - » plegers van druggerelateerde delicten;
  - » impulscontrole-training;
  - » sociale vaardigheidstraining.



*Debby is 19 jaar en werd betrapt met een kleine hoeveelheid speed nadat ze betrokken was in een vechtpartij aan een discotheek. Het slachtoffer diende klacht in bij de politie. Debby gaf in het verhoor toe dat ze elk weekend speed gebruikt om lang genoeg wakker te kunnen blijven. Heel het weekend gaat ze samen met haar vrienden van de ene discotheek naar de andere. De laatste maanden gebruikt Debby ook speed om te 'vermageren'. Ze studeert nog en doet het naar eigen zeggen goed op school. Debby zegt helemaal geen probleem te hebben met haar druggebruik. De geringe schade aan de kledij van het 'slachtoffer' werd inmiddels door Debby vergoed. Het parket vroeg een strafbemiddeling op te starten. Debby werd vanuit het justitiehuis dan ook verwezen naar een project Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen.*

*Karel is 38 jaar en gebruikt al 20 jaar heroïne. Karel heeft nooit een diploma gehaald, heeft zelden langer dan een paar dagen voor eenzelfde werkgever gewerkt en heeft geen vaste huisvesting. Hij werd betrapt op het dealen van drugs aan minderjarigen. Karel zegt zijn eigen gebruik te financieren door te dealen. Hij kwam al verschillende keren in aanvaring met het gerecht. Meestal voor kruimeldiefstallen en vechtpartijen. Hij verbleef enkele maanden in voorhechtenis. In de gevangenis kreeg hij methadon toegediend door de gevangenisarts. Karel kreeg een VOV-maatregel (vrijheid onder voorwaarden) opgelegd door de raadkamer met de voorwaarde zijn druggebruik te laten behandelen. Het dossier werd aangemeld bij het team Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen voor verslavingszorg nadat Karel al enkele weken vrij was. Karel gaat zichzelf aanmelden in het justitiehuis en zegt iets aan zijn gebruik te willen doen. Hij vreest een zware straf wanneer zijn zaak zal voorkomen en wil een goede indruk maken op de rechter. Karel heeft vroeger al geprobeerd van de drugs af te komen door een ambulante begeleiding te volgen en door enkele opnames in psychiatrische klinieken. Dat verliep telkens zonder succes.*

*Rudy is 23 jaar, gebruikt dagelijks cannabis en liep een veroordeling op wegens slagen en verwondingen. Hij sloeg een buurman in elkaar nadat hij dacht dat die hem afluisterde. Rudy zegt dat de buurman voor de staatsveiligheid werkt en hem in het oog houdt omdat hij cannabis gebruikt. Rudy woont alleen en werkt als nachtwaker. Hij zegt cannabis te gebruiken om rustiger te zijn. In zijn probatiemaatregel krijgt Rudy de voorwaarde om een behandeling te volgen voor zijn cannabisverslaving in een gespecialiseerd centrum, aangezien hij naast zijn cannabisgebruik tevens een psychisch probleem heeft.*

## Cijfergegevens

In 2013 bereikten de CGG met de erkende projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen iets meer dan duizend cliënten. Dat komt overeen met een kwart van de totale forensische populatie in de CGG. Ook hier een overwegend mannelijk publiek, al gaat het bij één op de 10 aanmeldingen om vrouwen. De helft van de instroom is jonger dan vijfendertig jaar. In vergelijking met het aanbod onder het samenwerkingsakkoord seksueel delinquenten en het Strategisch Plan gedetineerden is de wachttijd binnen de projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen langer. 75 % van de aanmeldingen krijgt binnen de drie tot zes maanden een eerste *face to face* gesprek. De behandelduur schommelt tussen de zes maanden en één jaar. Gezien de aard van de AGM-projecten is het Justitiehuis de belangrijkste verwijzer.

Wachttijd tot eerste <i>face to face</i> gesprek (nieuwe dossiers 2013)	Samenwerkingsakkoord seksuele delinquenten	GGZ aan gedetineerden (Strategisch Plan)	Alternatieve maatregelen
0 dagen	2%	8%	2%
1 - 7 dagen	15%	30%	6%
8 - 30 dagen	47%	37%	34%
max. 2 maand	18%	13%	27%
3 - 6 maanden	14%	9%	25%
max. 1 jaar	3%	2%	4%
max. 2 jaar	0%	2%	1%

Figuur 3: overzicht wachttijden tot eerste *face to face* gesprek, nieuwe dossiers 2013 (Bron: EPD)

In één op de drie van de gevallen gaat het om druggerelateerde feiten. De helft van de doorverwijzingen valt onder een probatiemaatregel, daarnaast zijn vrijheid onder voorwaarden en bemiddeling in strafzaken de belangrijkste justitiële statuten.

## Evaluatie

Alle projecten worden in eerste instantie ter goedkeuring voorgelegd aan de arrondissementale evaluatie- en opvolgingscommissie die voorgezeten wordt door de Procureur des Konings. Vervolgens worden zij overgemaakt aan de FOD Justitie – Directoraat-Generaal Justitiehuisen die de projecten bestuderen en de weerhouden projecten voorleggen aan de Minister van Justitie. De geselecteerde projecten worden daarna voorgelegd aan de ministerraad. De projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen worden jaarlijks geëvalueerd door diezelfde arrondissementale evaluatie- en opvolgingscommissie en kregen de afgelopen jaren een positieve evaluatie waardoor ze steeds verdergezet konden worden. De CGG zien binnen de projecten een toename van de ernstige psychische stoornissen. De toenemende complexiteit van de zorgvraag verantwoordt het inbedden en versterken van dit soort projecten in de gespecialiseerde ambulante GGZ.

Projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen worden opgezet op basis van een complexe financieringscontext. De lokale overheid ontvangt federale financiering en kan detacheren naar gespecialiseerde partners zoals de centra geestelijke gezondheidszorg. Die financiering

dekt echter niet alle benodigde loonkosten<sup>13</sup>, laat staan de werkingskosten of omkadering (zoals opleiding of intervisie). Het verschil tussen federale middelen en effectieve kost dient de initiatiefnemende lokale overheid bij te passen. Bovendien gelden AGM-projecten telkens slechts voor één jaar. Dat biedt weinig garanties voor de continuïteit van het aanbod en genereert bovendien administratieve werklast. Een structurele verankering van dit aanbod is dan ook noodzakelijk.

## Actieplan intrafamiliaal geweld

Intrafamiliaal geweld is elk dwingend, intimiderend gedrag dat uitgeoefend wordt ten aanzien van een gezins- of familielid of (ex-)intieme partner, én waarbij dit dwingend intimiderend gedrag gepaard gaat met geweld of dreiging met geweld en een langdurige intrafamiliale invloed heeft (op het systeem of individuen in het systeem).

Het Nationaal Actieplan Partnergeweld (2008-2009) omschrijft partnergeweld als “*het geheel van gedragingen, handelingen en houdingen van één van de partners of ex-partners die erop gericht zijn de andere te controleren en te domineren. Het omvat fysieke, psychische, seksuele en economische agressie, bedreigingen of geweldplegingen die zich herhalen of kunnen herhalen en die de integriteit van de ander en zelfs zijn socioprofessionele integratie aantasten. Dit geweld treft niet alleen het slachtoffer, maar ook de andere familieleden, onder wie de kinderen*”. De term agressie wordt ruim geïnterpreteerd waardoor de aandacht niet uitsluitend gaat naar fysiek geweld, maar ook naar subtielere vormen van geweld zoals intimideren en belagen. Dit is een meer subjectieve definitie en bevat zowel strafrechtelijke als niet-strafrechtelijke feiten.

De maatschappelijke en politieke vraag naar een politionele en justitiële aanpak van intrafamiliaal geweld is ontstaan om een gepast antwoord te bieden aan plegers. Puur repressief optreden mist vaak zijn effect bij situaties van intrafamiliaal geweld. Het inzicht dat er anders dient omgegaan te worden met woede is vaak niet voldoende om een alternatieve attitude of een alternatief gedrag te kunnen vertonen. Het definitief verbreken van de relatie met de pleger kan niet de enige oplossing zijn en wordt door de betrokkenen vaak ook niet gewenst. In situaties waarbij kinderen betrokken zijn, blijft de pleger/ouder een belangrijke persoon in het leven van het kind, hetzij in het dagelijkse leven, hetzij in psychologisch opzicht.

Het is duidelijk dat dé partnernishandelaar niet bestaat en dat eenzelfde aanbod niet voor iedereen geschikt is. Gezien deze complexiteit is een therapie op maat vereist. Een multidisciplinaire en multimethodische aanpak van deze gezinnen door een CGG is aangewezen. Er zijn verschillende vormen mogelijk: individuele behandeling, psychiatrisch consult, behandeling in groep of in koppel en therapie voor kinderen die getuige waren van ruzies en geweld in het gezin. Dat betekent echter niet dat ieder CGG dit aanbod in huis heeft. Sommige richten zich op een of meerdere vormen van dit mogelijke aanbod.

Zowel voor het ontstaan als voor het in stand houden en het behandelen van de problematiek geldt dat de factoren die hierbij een rol spelen, hun relatieve gewicht en de aard van de interacties erg verschillend en individueel bepaald zijn. Er is aandacht nodig voor de thema's en dynamieken waarvan werd aangetoond dat ze een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en/of de instandhouding van de agressieproblematiek. De doelstelling van behandeling kan erin bestaan de klachten/symptomen en desgevallend het daaraan verbonden (grensoverschrijdend) gedrag te doen verdwijnen of verminderen, draaglijk of leefbaar te maken en bepaalde herhalingen te doorbreken, én de algemene levenskwaliteit van de cliënt en zijn context te verhogen.

---

<sup>13</sup> Voor een halftijdse hulpverlener is net geen 20.000 euro op jaarbasis voorzien

CGG VAGGA, CGG Vlaams-Brabant Oost en CGG De Pont hebben een specifiek project over de behandeling van daders van (ex-)partnergeweld. Plegers van partnergeweld worden ook bereikt binnen de reguliere volwassenteams van alle 20 CGG: partnergeweld is dus geen exclusief inclusiecriteria voor de forensische teams. We beschouwen seksueel geweld tegenover de partner of ex-partner als een deel van partnergeweld, maar aangezien er deelwerkingen over seksueel geweld in de CGG bestaan, wordt deze problematiek door die teams behandeld.



*Gert krijgt een probatiemaatregel opgelegd en wordt aangemeld door het justitiehuis. Hij is twaalf jaar gehuwd met zijn vrouw Kathleen. Ze hebben twee kinderen: Sam, een jongen van zeven en Eline, een meisje van negen jaar. Gert en Kathleen komen beiden uit een moeilijke thuissituatie. Ze smeeden een pact: zodra ze beiden meerderjarig werden, zouden ze trouwen. Na zeven jaar huwelijk gebruikt Gert voor het eerst geweld tegen zijn echtgenote. Hij ziet dat ze niet rondkomen met hun beider lonen. Dat vindt hij vreemd, want initieel hebben ze het financieel goed. Na verloop van tijd komt aan het licht dat Kathleen lijdt aan koopwoede. Ze bestelt zaken via "postorderbedrijven" (vnl. kledij). Ook verspilt ze heel veel geld aan belspelletjes. Bovendien heeft ze last van lichamelijke klachten waarvoor geen medische verklaringen gevonden worden. Episodes van extreme uitbundigheid wisselt ze af met woedeaanvallen. Dikwijls valt ze hem verbaal aan, ze vernedert en kleineert hem. Soms maakt ze hem ronduit belachelijk. Op andere momenten is ze dan weer zeer aanhankelijk en beschuldigt ze hem ervan dat hij haar niet graag meer ziet. Dit gedrag botst hard met de instelling en houding van Gert. Hij is een man die graag heeft dat de zaken 'lopen zoals hij het wil'. Hij wil controle over de situatie en is zeer achterdochtig en jaloers. Daardoor kan hij heel controlerend zijn. Wanneer hij geweld gebruikt, heeft hij het gevoel dat hij de situatie kalmeert. Dat heeft hij in zijn jeugd ook thuis gezien. Vader sloeg zijn moeder vaak in een dronken bui. Hij had gezworen dat hij nooit hetzelfde gedrag zou stellen tegen een vrouw. Nu gebruikt hij echter zelf zwaar geweld: hij slaat, schopt en trekt aan de haren. Bij het laatste incident heeft Gert de neus van Kathleen gebroken. Gert heeft in de loop der jaren depressieve klachten ontwikkeld. Hij weet zich hier geen raad mee. De kinderen zijn vaak getuige van de uit de hand lopende ruzies en het geweld. Het CLB wordt ingeschakeld op de school van Sam. Hij zou pestgedrag stellen. Bij de laatste ruzies thuis komt hij ook tussenbeide. Gert wordt geselecteerd om deel te nemen aan een therapiegroep voor plegers van (ex-)partnergeweld. Hij zal een aantal keer op consultatie komen bij de psychiater voor zijn depressieve klachten. Kathleen, die eveneens een hulpvraag heeft, wordt doorverwezen naar het volwassenenteam van het CGG. Nadat Gert de groep heeft afgewerkt, zullen ze samen op koppeltherapie komen. De kinderen worden ingeschreven in de "groepstherapie voor kinderen van 6 tot 12 jaar die getuige zijn geweest van ruzie en geweld in het gezin". Die therapie wordt georganiseerd door het jeugdteam van het CGG.*

### Cijfergegevens

Rond intrafamiliaal geweld zijn vanuit de EPD-registratie slechts in zeer beperkte mate cijfers voorhanden. Het CGG VAGGA heeft in het kader van zijn *Time Out* training voor plegers van (ex-)partnergeweld een financiering vanuit Justitie als nationaal project. Bij VAGGA vonden in 2013 in dit kader 203 behandelingen plaats. Omdat bij de andere CGG het aanbod rond intrafamiliaal geweld vervat zit in de forensische en/of reguliere werking zijn voor deze doelgroep op overkoepelend niveau geen cijfers te aggregeren.

## Evaluatie

Zowel uit de literatuur als uit de praktijk van de gespecialiseerde forensische teams blijkt dat achter het geweld een veelheid van oorzaken schuilgaat. De verschillende gezinsleden worden geconfronteerd met een hele reeks uiteenlopende problemen. Een deel ervan zijn het gevolg van het geweld, andere bestonden al voordien. Zowel voor de pleger als voor de (ex-)partner en de eventuele betrokken kinderen heeft een patroon van of dreiging van geweld een langdurige invloed op hun functioneren.

Vaak gaat het om multiprobleemsituaties waarbij ernstige psychische problematieken en ook secundaire problemen ontstaan die zich manifesteren en in stand worden gehouden vanuit de complexe interactie tussen verschillende factoren. Er is zo goed als altijd sprake van multicausaliteit.

Middelengebruik speelt vaak een belangrijke rol. Het kan het geweld in de hand werken of er een gevolg van zijn. Als partnergeweld en middelenmisbruik samen voorkomen, versterken ze elkaar. Een nauwe samenwerking met verslavingszorg in het CCG is daarom cruciaal.

Hulp voor de partner en de kinderen blijft onontbeerlijk. Een toepasselijk antwoord kan geboden worden binnen een CGG, of binnen de eerste- of derdelijnszorg. Indien er echter niet met de plegers gewerkt wordt, blijft het dweilen met de kraan open. Wil men het geweld in familiale context stoppen, dan dienen de plegers eveneens behandeld te worden.

## Forensische ambulante zorg voor geïnterneerden

We beschrijven de forensische ambulante zorg voor geïnterneerden in een apart hoofdstuk gezien het federaal meerjarenplan dat vanuit een interministerieel kader inzet op de specifieke problematiek van deze doelgroep in het Belgisch justitieel systeem. Geïnterneerden zijn een belangrijke subgroep in de door de CGG bereikte forensische populatie. Het ging in 2013 om 10% van de forensische aanmeldingen bij de CGG.

## Situering

De zorg, behandeling en begeleiding van geïnterneerden gebeurt via een zorgtraject, waarbij de verschillende relevante actoren hun verantwoordelijkheid opnemen in functie van een gepaste instroom, doorstroom en uitstroom. De volgende partners hebben hierbij kerntaken te vervullen:

- zowel de Vlaamse als de federale overheid, aangezien de bevoegdheden over het zorgaanbod zich over verschillende overheidsniveaus verspreiden;
- zowel de GGZ als de belendende sectoren, gezien de diverse zorgvragen van de geïnterneerde;
- zowel het residentiële als ambulante zorgaanbod, aangezien de geïnterneerden nood kunnen hebben aan beide benaderingen, in functie van de eerste zorg en vervolgzorg;
- zowel het reguliere als het gespecialiseerde zorgaanbod, aangezien we streven naar een behandeling van geïnterneerden binnen de reguliere zorg indien mogelijk en alleen in de gespecialiseerde settings indien noodzakelijk.



De CGG-teams beschikken zeker over de specifieke expertise om met personen in een forensisch kader te werken. De middelen van de CGG zijn echter ontoereikend om een voldoende groot en voldoende aangepast aanbod voor geïnterneerden te voorzien, zowel binnen een reguliere als gespecialiseerde setting.

De CGG kunnen in een zorgtraject voor geïnterneerden mee instaan voor het volgende zorgaanbod:

- De eerste zorg: CGG kunnen de eerste zorg verlenen wanneer een ambulante begeleiding van de geïnterneerde onmiddellijk mogelijk is. Een residentiële opname is immers niet steeds vereist. Voor een optimale re-integratie in de maatschappij moet steeds gekozen worden voor de minst ingrijpende maatregel, rekening houdend met de noden van de geïnterneerde.
- De vervolgzorg: een geïnterneerde kan in eerste instantie nood hebben aan een residentiële behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis en/of een begeleiding in de tijdelijke woonvormen met zorg (zoals een psychiatrisch verzorgingstehuis of initiatief beschut wonen). Dankzij de geleverde zorg en begeleiding kan de situatie van de geïnterneerde zo evolueren dat een residentiële setting of woonvorm met zorg niet langer nodig is. De bedoeling is dan om de geïnterneerde terug in de maatschappij te re-integreren. Een begeleiding door de CGG kan de betrokkene daarbij ondersteunen.
- De externe liaison: om een goede doorstroom in het zorgtraject voor geïnterneerden te verzekeren, hebben de CGG ook een functie als externe liaison. Ze bieden begeleiding op verplaatsing en bereiden zo de doorstroom van geïnterneerden naar een CGG voor.
- De begeleiding van de geïnterneerden in de gevangenissen: momenteel verblijft nog steeds een groot aantal geïnterneerden in de gevangenissen. De onderbemande zorgteams van de psychiatrische afdelingen (annexen) van de gevangenissen kunnen geen gepaste behandeling bieden. Een behandeling door de geestelijke gezondheidszorg is echter essentieel. De forensische teams van de CGG bieden in de gevangenissen een ambulant aanbod waarvan o.a. de geïnterneerden gebruik kunnen maken. Dat gebeurt in samenwerking met de zorgteams.



*Jeroen is de oudste uit een gezin met drie kinderen. Op negenjarige leeftijd gingen zijn ouders uit elkaar na aanslepende ruzies. Moeder had een ernstige drank- en pillen-verslaving. Jeroen heeft warme jeugdherinneringen aan zijn vader, maar leed niettemin onder zijn afwezigheid. Vader was een hardwerkende vrachtwagenchauffeur die op de loop ging voor de relatieproblemen. Na de scheiding blijft Jeroen bij zijn moeder wonen en staat hij volledig in voor de zorg van zijn broer en zus. Hij neemt ook alle huishoudelijke taken op zich. Moeder heeft verscheidene kortdurende relaties. Er is thuis geen enkele structuur noch ouderlijk toezicht. In zijn puberteit begint Jeroen te spijbelen. Het gaat van kwaad naar erger. Hij hangt overdag rond op straat en komt in aanraking met leeftijdsgenoten die cannabis gebruiken. Hij pleegt verschillende kleine winkeldiefstallen om zijn cannabisgebruik te bekostigen. Op zijn achttiende wordt hij een eerste keer residentieel opgenomen voor een psychotische doorbraak. Deze psychose stabiliseert zich maar Jeroen blijft kwetsbaar voor druggebruik. Hij vindt een job als havenarbeider. Hij kan zich moeilijk staande houden in deze ruwe wereld en wordt gepest door collega's. Op een dag slaan zijn stoppen door. Hij gebruikt blind geweld en slaat een collega dood. De gerechtspsychiater verklaart hem 'ontoerekeningsvatbaar'. Na zijn detentie komt hij terecht in een psychiatrisch verzorgingscentrum. Via die weg maakt hij een overstap naar beschut wonen en wordt hij op de forensische dienst van het CGG aangemeld door zijn thuisbegeleider. Na een intakefase wordt beslist dat Jeroen psychotherapeutisch én medisch-psychiatrisch zal behandeld worden. Een therapeut ziet hem in een eerste fase wekelijks en voor*



*zijn medicatie wordt hij opgevolgd door de arts. Het CGG analyseert rigoureuze omstandigheden waarin de feiten plaatsvonden. Jeroen ontdekt zelf oplossingen voor situaties die hij als bedreigend ervaart. De behandelaars kijken hoe hij om kan leren gaan met potentiële gevaarsituaties waarin hij opnieuw geweld zou kunnen plegen. Jeroen vindt meer en meer zijn balans.*

## Cijfergegevens

België telde eind 2013 3.876 geïnterneerden. Het aantal geïnterneerden vertoont een stijgende trend: tussen 2004 en 2013 is er een stijging van 17%. Volgens cijfers van de FOD Volksgezondheid verblijft één op de drie van de geïnterneerden (1.143) in een gevangenis, eind 2013 waren in Vlaanderen 730 geïnterneerden gedetineerd in een Vlaamse gevangenis en nog eens 102 in een Brusselse penitentiaire inrichting.

Zorg voor geïnterneerden vormt een van de maatschappelijke opdrachten van de CGG. Volgens de gegevens in het EPD behandelden de CGG 303 geïnterneerden in 2013. 175 van hen verbleven in de gevangenis, terwijl 128 geïnterneerden tijdens hun invrijheidsstelling op proef werden behandeld. De behandelingen gebeuren vooral in het kader van het Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden.

## Evaluatie

Er zijn een aantal ontwikkelingen op federaal niveau voor de behandeling van geïnterneerden die uiteraard een impact op het aanbod vanuit de CGG hebben. We overlopen de belangrijkste punten<sup>14</sup>:

- **Federaal meerjarenplan voor de uitbouw van het zorgtraject voor forensisch-psychiatrische patiënten**

Zoals eerder benadrukt is het aan te bevelen om geïnterneerden zo veel mogelijk te behandelen in een reguliere context. Een deel van hen hebben een GGZ-problematiek die vergelijkbaar is met die van andere psychiatrische patiënten die geen strafbaar feit gepleegd hebben. De justitiële component maakt hen echter tot een bijzondere doelgroep. In bepaalde gevallen is een tijdelijke behandeling, begeleiding en/of verzorging in een gespecialiseerde setting nodig, vooral door een hoger risico op herval en/of een hoger risico voor de veiligheid van de geïnterneerde en de maatschappij. De gespecialiseerde GGZ moet dan ook niet kunnen instaan om alle geïnterneerden te behandelen.

Toch is het aanbod binnen de GGZ ontoereikend voor de geïnterneerden. Heel wat geïnterneerden komen in de gevangenissen terecht, waar het hen ontbreekt aan voldoende en gepaste behandelingen. Het spanningsveld zorgt ervoor dat de maatschappelijke en politieke druk op België en de GGZ stijgt. We verwijzen naar de beschuldigingen van België door het Comité ter Preventie van Foltering van de Raad van Europa, de veroordelingen van België en psychiatrische ziekenhuizen door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, en de afgedwongen plaatsingen van geïnterneerden in psychiatrische ziekenhuizen via de rechtbank.

In het verleden werden op voorstel van de toenmalige ministers van Justitie en Sociale Zaken door de federale regering twee federale beleidsmeerjarenplannen goedgekeurd: plan

---

14 Moens, I., Pauwelyn, L. 2012.

Onkelinx en Demotte (2007) en plan Vandeurzen en Onkelinx (2009). Het opzet van deze plannen was de uitbouw van een zorgtraject voor forensisch-psychiatrische patiënten, via een bijkomende zorgcapaciteit in het residentiële en ambulante aanbod binnen de GGZ voor geïnterneerden en via netwerkvorming. Op termijn moeten de maatregelen ervoor zorgen dat de geïnterneerden uit de Belgische gevangenissen naar de GGZ stromen. Dat gebeurt via een gefaseerde realisatie van een zorgtraject voor volwassen geïnterneerden. In een eerste fase werd vooral bestaande residentiële zorgcapaciteit bestemd voor geïnterneerden. De tweede uitvoeringsfase is lopende en focust zich op de creatie van netwerken, schakelteams en verbeterprojecten. Deze projecten focussen zich in Vlaanderen vooral op ambulante initiatieven vanuit een samenwerking tussen verschillende voorzieningen.

Het is essentieel dat de huidige en toekomstige uitvoering van de federale meerjarenplannen afgestemd wordt met het aanbod voor geïnterneerden van de CGG. Enerzijds vormen de CGG een belangrijke schakel in het zorgtraject voor geïnterneerden. Anderzijds moet het ambulante aanbod voor geïnterneerden op elkaar afgestemd zijn: de forensische teams van de CGG, de outreachteams en schakelteams vanuit het federaal meerjarenplan, alsook de mobiele teams binnen functie 2 van de hervorming van de GGZ ("artikel 107").

Daarnaast is het essentieel dat de CGG als belangrijke partner meegenomen worden. De behandeling van geïnterneerden is immers een collectieve verantwoordelijkheid van het netwerk.

- **Nieuwe interneringswet**

De problematiek van de internering en de spanning tussen de vraag naar en het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg maken duidelijk dat een aanpassing van de wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten noodzakelijk was. De wet van 13 juli 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis, die nooit werd uitgevoerd, moest een oplossing bieden. Maar deze interneringswet kon gezien de lacunes die ze bevat niet tegemoet komen aan de pijnpunten.

Voor de CGG waren drie correcties essentieel:

- een duidelijk verplicht psychiatrisch deskundigenonderzoek;
- een onderhandelde beslissing tot aanwijzing van de voorziening die de behandeling op zich neemt;
- de mogelijkheid tot onmiddellijke ambulante behandeling.

Deze en andere bekommernissen werden telkens meegenomen in de analyses die Zorgnet Vlaanderen aan de betrokken actoren bij het proces bezorgde, zoals de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), de interkabinettenwerkgroep 'taskforce GGZ', de leden van de commissie Justitie van het federaal parlement, en de initiatiefnemer van het wetsvoorstel.

Ondertussen verscheen de nieuwe wet van 5 mei 2014 betreffende de internering van personen. Deze wet zal vanaf 1 januari 2016 de wet van 1964 vervangen en de wet van 2007 opheffen. De nieuwe interneringswet komt in grote lijnen tegemoet aan de adviezen vanuit de sector geestelijke gezondheidszorg en het advies van de NRZV. We verwijzen naar het verplicht en grondig psychiatrisch deskundigenonderzoek; de mogelijkheden tot (onmiddellijke) ambulante behandeling en behandeling in de reguliere GGZ; de aandacht voor de zorgtrajecten en netwerken. Toch zijn enkele noodzakelijke aanpassingen en verduidelijkingen nodig om voldoende draagkracht en omkadering te bieden voor de verdere uitbouw van een zorgtraject voor geïnterneerden. Er is onder andere nood aan meer duidelijkheid over de inhoudelijke invulling en de organisatorische aanpak van het proces voor de plaatsing op basis van samenwerkingsovereenkomsten en de invrijheidsstelling op proef. Tevens moet er voldoende aandacht zijn voor de kansen en beperkingen van het netwerk.

De nieuwe interneringswet zal in vergelijking met de wet van 1964 en/of 2007 ook op de CGG een impact hebben, gezien de mogelijkheden tot onmiddellijke ambulante behandelingen en gezien de afschaffing van de internering van veroordeelden. Daardoor dienen veroordeelden met ernstige psychische problemen de gepaste behandeling in de gevangenis te krijgen.

- **Forensisch psychiatrische centra**

Momenteel zijn er twee forensisch psychiatrische centra in Gent en Antwerpen in uitbouw. Deze instellingen zullen in totaal 452 plaatsen voorzien voor geïnterneerden met een nood aan geïntegreerde en gespecialiseerde zorg in een hoogbeveiligde residentiële voorziening. De opdrachten en verplichtingen behoren deels tot de bevoegdheidsdomeinen van Justitie (wat de veiligheid en wonen/leven betreft), en deels tot de bevoegdheden van Volksgezondheid (wat de zorg en behandeling betreft).

De forensisch psychiatrische centra vervullen een specifieke en belangrijke opdracht in het zorgtraject. Ze vormen een schakel in het netwerk, en moeten samenwerken met de andere partners (o.a. CGG) in functie van een gepaste door- en uitstroom.

## **Forensische ambulante zorg voor jeugdige plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag**

In het samenwerkingsakkoord inzake de begeleiding en de behandeling van seksuele delinquenten tussen de Vlaamse Gemeenschap en Justitie werden minderjarige plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag niet opgenomen. Toch ontwikkelden een aantal CGG al snel een aanbod voor deze doelgroep. Het betreft CGG Ahasverus, CGG Kempen, CGG Mandel en Leie en CGG VAGGA. Zij maken allen deel uit van het sggj-overleg. Sggj staat dan voor 'seksueel grensoverschrijdend gedrag door jongeren'. Doel van dit overleg is het uitwisselen en opbouwen van expertise over deze doelgroep. Verschillende CGG hebben ook samenwerkingsverbanden gesmeed met CAW en/of Herstelgerichte en Constructieve Afhandeling (HCA)-diensten uit de bijzondere jeugdzorg.

De meeste diensten hebben een aanbod voor jongeren tussen twaalf en achttien jaar die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben gepleegd. Er kan echter van deze leeftijds-grenzen afgeweken worden. Verwijzingen gebeuren o.a. door de jeugdrechtbank, de diensten bijzondere jeugdzorg en de vertrouwenscentra, maar de hulpverlening kan ook volledig in de vrijwilligheid starten.

De behandelingen van minderjarige plegers gebeuren volgens *evidence based* modellen: o.a. het *risk need responsivity* model en het *good lives* model (zie eerder). Terugvalpreventie-methodieken zijn noodzakelijk, maar niet voldoende. Hulpverlening dient zich te richten op de hele persoon en zijn context. Onderzoek toont aan dat de meest succesvolle therapieën allesomvattend zijn.

In de behandeling van adolescente daders moeten we niet alleen de risico's behandelen, maar ook groei bevorderen. De focus ligt op het installeren van vaardigheden om deze *goods* (zoals vriendschap, gezondheid, geluk, inkomen...) op een sociaal aangepaste en persoonlijk betekenisvolle manier te verwerven, wat niet betekent dat er geen aandacht is voor terugvalpreventie. CGG streven er dus naar om in de behandeling de jongere in zijn gehele persoon aan te spreken. Dat betekent dat er onder andere aandacht is voor het bevorderen van het zelfwaardegevoel; voor het leren van seksuele, relationele en sociale vaardigheden; voor het opnemen van verantwoordelijkheid etc.

Natuurlijk is er binnen de behandeling ook plaats voor vragen die de jongere zelf stelt en krijgt hij inspraak in de thema's die opgenomen worden. Naast hulpverlening voor jongeren die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben gepleegd, bestaat er ook een aanbod voor hun omgeving (ouders, opvoedingsverantwoordelijken...). Jongeren zijn immers meer afhankelijk van de wereld rondom hen dan volwassenen. Het is dan ook van groot belang om hun context te betrekken in de hulpverlening.



*Jeroen wordt aangemeld door het vertrouwenscentrum kindermishandeling voor begeleiding/behandeling in het CGG bij het forensisch team voor jeugdige plegers van seksuele feiten. Bij aanmelding blijkt dat hij agressief gedrag stelt ten aanzien van zijn twaalfjarige zus en dat er vermoedens van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn. Jeroen is bij aanmelding zestien jaar. Tijdens de screening blijkt dat er sprake is van ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zijn zus, gaande van betastingen tot penetratie. Op school heeft hij een dertienjarig meisje bedreigd en gedwongen tot seksuele handelingen en op dertienjarige leeftijd heeft Jeroen seksueel contact gehad met een meisje van elf jaar dat zwanger bleek te zijn.*

*Jeroen verblijft tijdens de week in een MPI (medisch-pedagogisch instituut) en tijdens de weekends woont hij bij zijn vader. Zijn ouders zijn gescheiden. Moeder verblijft in een psychiatrische voorziening en vader heeft een nieuwe relatie. Jeroen heeft één zus en zeven halfbroers en -zussen uit de nieuwe relatie van vader. Al bij aanvang van de behandeling wordt ervoor gekozen om het gezin te betrekken bij de screening en dus niet alleen stil te staan bij de persoon van Jeroen maar een inzicht te trachten verwerven in de hele context.*

*Tijdens de screening komt aan het licht dat de vader van Jeroen in zijn jeugd zelf slachtoffer geweest is van seksueel grensoverschrijdend gedrag en er tevens ten aanzien van de vader ooit een klacht werd ingediend van zedenfeiten. De nieuwe partner van vader is eveneens slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag en is daarvoor in het verleden in therapie geweest. Door de situatie met Jeroen wordt dit voor de stiefmoeder opnieuw een belangrijk thema. Jeroen leeft in een gezin dat erg zwak overkomt en veel ondersteuning nodig heeft. Zowel ondersteuning in de opvoeding van de kinderen als ondersteuning op administratief vlak werden in het verleden al geïnstalleerd in het gezin.*

*Voor het begeleiding- en behandelingstraject van Jeroen wordt van bij de start gekozen om een goede samenwerking op poten te zetten met alle betrokken hulpverleningspartners en op regelmatige basis een netwerkoverleg te organiseren.*

## Cijfergegevens

Rond de jeugdige plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn geen geaggregeerde cijfers opgenomen in het EPD.

## Evaluatie

De CGG hebben doorheen de jaren expertise opgebouwd met jongeren die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben gesteld. Ook hebben zij veel geïnvesteerd in het uitbouwen van multidisciplinaire en intersectorale samenwerkingsverbanden, wat de hulpverlening aan deze doelgroep alleen maar bevordert.

Belangrijk in het werken met deze doelgroep is het combineren van expertise in werken met kinderen en jongeren met expertise rond forensisch werken. Beide brillen zijn hier immers nodig. Verder is het van primordiaal belang dat de context betrokken wordt en dat ook voor de ouders een hulpaanbod bestaat.

Het blijft primordiaal om hulpverlening aan jeugdige plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag op de sociale kaart te zetten en te werken aan structurele subsidiëring voor de hulpverlening aan deze doelgroep. De CGG die vandaag een aanbod hebben, doen dat met eigen middelen die ze vaak onttrokken hebben aan de werking voor volwassen plegers. Daarnaast zijn jongeren die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben gepleegd, een erg heterogene groep. Dat betekent dat er binnen deze groep verschillende subgroepen bestaan (onder wie: plegers met een verstandelijke beperking, allochtone plegers...) waar- rond steeds meer expertise kan worden opgebouwd.

## 3. Beleidsprioriteiten

De forensische zorg vanuit de centra geestelijke gezondheidszorg steunt op jarenlange ervaring en een hoge graad van expertise. De sector ervaart de groeiende onderlinge samenwerking en afstemming als een belangrijke meerwaarde. Vanuit het CGG-overleg, ondersteund door de CGG-koepels, kwam de nood aan een sterkere externe profilering duidelijk naar voor. De CGG werken binnen het caleidoscopische forensische werkveld vaak heel verbindend, maar hun veelzijdige aanbod is door de vele betrokken actoren tegelijk slechts beperkt of fragmentair gekend. Met deze publicatie hoopt de sector een belangrijke stap te hebben gezet om deze paradox te doorbreken.

Vanuit hun forensische deskundigheid formuleren de CGG een aantal cruciale beleidsuitdagingen, opgedeeld in vier domeinen: uitdagingen binnen de eigen ambulante sector (omdat het goed is eerst voor eigen deur te vege); prioriteiten in de samenwerking tussen ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg; aandachtspunten in de samenwerking met Justitie en tot slot een vierde cluster met bredere maatschappelijke uitdagingen.

### Uitdagingen binnen de ambulante forensische zorg

De onderlinge samenwerking tussen de CGG met forensische werking is een goede zaak. Vanuit deze samenwerking dient de opportuniteit zich aan om sterker in te zetten op interne deskundigheidsbevordering over zeer uiteenlopende thema's, zoals:

- de plaats van risicotaxatie en behandelingsgerichte diagnostiek;
- uitkomstenmanagement in het forensische werkveld;
- omgaan met de uitzichtloosheid van euthanasievragen in detentie;
- het groeiend bezit van kinderpornografisch materiaal en het gebruik van het internet in de populatie van seksueel delinquenten;
- problematieken in verband met (dreigende) suïcide in gevangenissen;
- ...

Daarnaast is het voor de CGG een belangrijke uitdaging multidisciplinair te kunnen blijven werken. In de forensische teams is de combinatie van verschillende disciplines een garantie voor kwaliteitsvolle zorg. Het beperkt aantal psychiaters of artsen met relevante specialisatie is voor de hele geestelijke gezondheidszorg een aandachtspunt en speelt zeker ook voor de forensische CGG-teams.

In de onderlinge samenwerking binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg zien de CGG een belangrijke rol voor zichzelf weggelegd bij de overdracht van zorg na detentie. In een kwaliteitsvol forensisch zorgtraject dienen breuken in de begeleiding zo veel mogelijk vermeden te worden. Vanuit hun aanbod binnen en buiten de gevangensmuren kunnen de CGG in de postpenitentiaire trajecten een verbindende rol opnemen, afgestemd op de huidige opdracht van trajectbegeleiding vanuit het justitieel welzijnswerk. Wederzijdse ondersteuning tussen de forensische teams en de reguliere volwassenenteams binnen de CGG moet het mogelijk maken dat alle cliënten ook na detentie optimaal geïncorporeerd worden. Ook Justitie is in deze uiteraard een cruciale partner. Bij de bespreking van het Strategisch Plan hulp- en dienstverlening verwezen we al naar de breuklijnen in de behandeling die het huidige transferbeleid binnen het gevangeniswezen met zich mee brengt. Indien Justitie in de toekomst actiever zou inzetten op een transferbeleid tussen gevangenissen, in functie

van het resocialisatietraject, dan nemen ze hopelijk de bezorgdheden vanuit de Vlaamse hulp- en dienstverlening mee.

## **Uitdagingen in de samenwerking tussen residentiële en ambulante GGZ**

Het is van groot belang dat personen met een forensisch statuut kunnen rekenen op een zorgtraject binnen het GGZ zorgprogramma voor volwassenen en de zogenaamde projecten 107. De verschillende betrokken ambulante en residentiële GGZ-actoren nemen in een netwerk hun verantwoordelijkheden op en organiseren het geheel van zorgactiviteiten voor cliënten met een psychiatrische problematiek en een forensisch statuut. Samenwerking met belendende sectoren (VAPH, OCMW, Justitie...) is daarbij noodzakelijk. Die biedt het kader voor voldoende in- en doorstroom (vervolgtrajecten) in de meest gepaste setting.

Een optimale afstemming moet de in- en doorstroom van de doelgroep naar een gepaste behandeling en begeleiding faciliteren. Zeker met de beweging naar vermaatschappelijking van de GGZ is maximale samenwerking noodzakelijk, bijvoorbeeld met de mobiele teams die in het kader van de projecten artikel 107 opereren. Hetzelfde geldt voor de samenwerking binnen het federaal meerjarenplan voor de uitbouw van een zorgtraject voor forensisch-psychiatrische patiënten.

## **Uitdagingen in de samenwerking tussen ambulante GGZ en Justitie**

Van de forensisch-psychiatrische cliënten in behandeling in de CGG wordt de grote meerderheid rechtstreeks verwezen vanuit justitiële instanties. De meeste verwijzingen gebeuren vanuit het justitiehuis binnen het juridisch kader van probatie, vrijheid onder voorwaarden (VOV), voorwaardelijke invrijheidstelling (VI), voorlopige invrijheidstelling (VLV) en bemiddeling in strafzaken (BiS). Een andere belangrijke groep verwijzingen gebeuren vanuit de gevangenis door de Psychosociale Dienst (PSD), de Strafruitvoeringsrechtbank (SURB) en de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM).

In de samenwerking met Justitie stellen zich verschillende uitdagingen.

- Praktische problemen in gevangenissen: er is een gebrek aan lokalen die geschikt zijn voor een therapeutisch aanbod (al is op dit vlak sinds de start van het Strategisch Plan duidelijke vooruitgang geboekt), er zijn te weinig PC's en toegang tot internet voor de CGG-medewerkers, de stakingsacties hebben een negatieve impact op het aanbod van hulp- en dienstverlening.
- De taakinvulling en de positie van de psychosociale diensten vraagt om duidelijke afstemming op het niveau van de gevangenis: een niet volledig ingevuld personeelskader zorgt er bijvoorbeeld voor dat de psychosociale dienst zijn taken in het multidisciplinair persoonlijkheidsonderzoek en adviesverlening niet voor alle dossiers in dezelfde mate kan opnemen. Dat heeft een directe impact op de samenwerking met de CGG.
- Justitie streeft ernaar om elke seksueel delinquent naar een erkende gespecialiseerde zorgverstrekker door te verwijzen. De CGG erkennen dat de hoge instroom van beklaagden/veroordeelden in het kader van seksuele delinquentie én de verschillende statuten (probatie, elektronisch toezicht...) het voor Justitie zeer moeilijk maakt om een adequaat traject op te starten dat de principiële bestraffing en de afdoende bescherming van de maatschappij garandeert. Ze ervaren echter steeds

vaker onbegrip vanuit Justitie over de deontologische onverenigbaarheid van de advies-opdracht en hun rol als behandelaar voor eenzelfde cliënt. Mits duidelijke afspraken en een verhoging van de capaciteit kunnen de CGG hier in de toekomst wel op inzetten (en bijvoorbeeld diagnostische expertise-opdrachten onderling afgestemd opnemen). Dat betekent ook dat de Vlaamse overheid specifiek voor dit soort van diagnostische opdrachten ruimte creëert en niet louter de behandelingsuren als indicator weerhoudt voor de forensische werkingen. De CGG zijn zich bewust van het feit dat Justitie momenteel noodgedwongen bij andere partijen moet aankloppen voor gespecialiseerd advies. De huidige bepalingen bieden over de kwaliteit van deze adviesverlening geen enkele garantie. Deze bezorgdheid geldt trouwens niet alleen voor de advies- of expertisefunctie, maar evenzeer voor de effectieve behandeling. De CGG uiten hun bezorgdheid over de keuzes die Justitie soms dient te maken wanneer een ambulante behandeling door een forensisch CGG-team wordt geweigerd. In de motivatie voor deze weigering wordt vaak aangekaart dat meer gespecialiseerde, residentiële behandeling noodzakelijk is. Maar aangezien daar niet altijd de nodige plaats beschikbaar is, komen cliënten nu soms in een ongecontroleerd circuit van privébehandelaars terecht. Cruciaal is het in kaart brengen van de zorgbehoeften en benodigde zorgpaden om vervolgens een voldoende sterk uitgebouwd residentieel en ambulant zorgaanbod daarop af te stemmen.

## Bredere maatschappelijke uitdagingen

De zorg, behandeling en begeleiding van personen met een forensisch statuut behoort niet alleen tot de verantwoordelijkheden van de CGG en GGZ. Ook andere sectoren nemen taken op zich (sector zorg aan personen met een mentale beperking, onderwijs, cultuur, wonen, werk, sport...). Binnen de brede publieke opinie scoort de zorg voor de forensische cliënt echter slecht. Dat maakt elke kost om dit aanbod structureel te maken en verder te stroomlijnen politiek zeer moeilijk verkoopbaar. Nochtans zijn budgettaire inspanningen op dit terrein noodzakelijk.

- Zo is er de in deze publicatie toegelichte projectfinanciering van een belangrijk deel van het aanbod voor niet-gedetineerde justitiabelen. De CGG hopen dat alle betrokken actoren er in de komende jaren in slagen het aanbod aan projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen te optimaliseren en te ondersteunen via betere, meer structurele financiering. We zien een toename van meer complexe, GGZ-gerelateerde vragen en willen onze inspanningen voor deze doelgroep in de toekomst kunnen blijven garanderen.
- Er is een grote kloof tussen de beperkte beschikbare behandelcapaciteit in de gevangenissen en de hoge nood aan geestelijke gezondheidszorg bij de personen in detentie. We refereren daarbij naar het niet voorzien van CGG-middelen in de nieuwe penitentiaire instelling in Beveren, maar evenzeer naar de verslavingsproblematiek binnen de muren en het hoge suïciderisico tijdens detentie.
- Het belang van preventie en tijdige interventie kan niet worden onderschat. In lijn met de richtlijnen van Europa houden de CGG een sterk pleidooi om hier veel meer op in te zetten en zo sneller en adequater te kunnen ingrijpen bij (potentiële) jeugdige plegers van seksuele delicten. Effectieve vroegtijdige behandeling kan de incidentie van ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag reduceren en zo toekomstige slachtoffers voorkomen. Ook een preventief aanbod voor cliënten die nog geen feiten plegen en zich vrijwillig aanmelden, is momenteel nog veel te weinig uitgebouwd.



## Besluit

In het Vlaamse Regeerakkoord van juli 2014 krijgt de samenwerking tussen Justitie en hulpverlening een duidelijke plaats. De Vlaamse regering neemt zich voor om de komende beleidsperiode werk te maken van een nieuw jeugd(sanctie)recht in Vlaanderen dat continuïteit in een gedifferentieerd aanbod garandeert. Bovendien ambieert de nieuwe regering de uitvoering van het decreet hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en de verdere uitrol van het Strategisch Plan in alle gevangenissen in Vlaanderen en Brussel. Het feit dat de Vlaamse regering daarbij bijzondere aandacht heeft voor de specifieke behoeften van de gedetineerden is volgens de centra een zeer goede zaak. We refereren daarbij nogmaals naar het recente onderzoek naar de behoeften van gedetineerden<sup>15</sup> en de hoge nood aan een versterking van het GGZ-aanbod.

Ook de overheveling van de bevoegdheden van de Justitiehuzen, die met de zesde staats-hervorming gemeenschapsmaterie worden, ziet de nieuwe Vlaamse beleidsploeg als een sterke opportuniteit. “Het werk van de justitieassistenten kent talrijke raakvlakken met de hulp- en dienstverlening aan daders en slachtoffers van misdrijven en de eerstelijns-hulpverlening”, staat woordelijk in de tekst van het regeerakkoord.

Deze Vlaamse beleidsaandacht voor samenwerking tussen de gemeenschappen en de federale overheid en voor het structureel inzetten op overleg met alle justitiële actoren en alle gezondheids- en welzijnsactoren, juichen de CGG bijzonder toe. Zoals uit deze publicatie blijkt is een gespecialiseerd, multidisciplinair ambulant GGZ-aanbod onmisbaar voor de forensische populatie. De CGG dienen zich in dit toekomstig beleid aan als een betrouwbare en zeer deskundige partner. De centra willen de forensische expertise die ze de voorbije decennia opbouwden maximaal inzetten in nauwe afstemming met alle betrokken partners.

---

<sup>15</sup> Brosens, D., De Donder, L., Verté, D. 2013.

# Referenties

Ahlers, C., Schaefer, G., Mundt, I. et al. 2011. "How unusual are the Contents of Paraphilias – Prevalence of Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns (PASAPs) in a Community-based Sample of Men", *Journal of Sexual Medicine* 8(5): 1362-1370.

Becker, J., Cunningham-Rathner, J. & Kaplan, S. 1986. "Adolescent Sexual Offenders. Demographics, Criminal and Sexual Histories, and Recommendations for Reducing Future Offenses", *Journal of Interpersonal Violence* 4(1): 431-445.

Brosens, D., De Donder, L., Verté, D. 2013. *Hulp- en dienstverlening gevangenis Antwerpen: een onderzoek naar de behoeften van gedetineerden*. Brussel: VUB.

EPD CGG 2013: cijfergegevens te raadplegen via [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be) (geestelijke gezondheidszorg -> centra voor geestelijke gezondheidszorg -> cijfers).

FOD Justitie - DG EPI:SIDIS/Griffie op 27/08/2013.

Hanson, R. & Bussière, M. 1998. "Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 348-362.

Interne nota van de FOD Volksgezondheid van 7 mei 2014 met cijfers over het aantal geïnterneerden.

Marshall, W., Barbaree, H. & Eccles, A. 1991. "Early Onset and Deviant Sexuality in Child Molesters", *Journal of Interpersonal Violence* 6(3): 323-335.

Marshall, W. & Marshall, L. 2000. "The Origins of Sexual Offending", *Trauma Violence Abuse* 1(3):250-263.

Moens, I. & Pauwelyn, L. 2012. *Geen opsluiting maar sleutels tot reïntegratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

Ventura, A., Cassel, C., Jacoby, J. et al. 1998. "Case Management and Recidivism of Mentally Ill Persons Released From Jail", *Psychiatric Services* 49: 10.



