



**Vlaanderen**  
is zorgzaam samenleven

# Zorgtrajecten voor geïnterneerden

Hoe de uitstroom verbeteren?

## **Auteurs**

Véronique Vandezande  
Barbara Demeyer

DEPARTEMENT  
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

[www.departementwvg.be](http://www.departementwvg.be)

# COLOFON

## **Verantwoordelijke uitgever**

Karine Moykens  
Secretaris-generaal  
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Koning Albert II-laan 35 bus 30  
1030 Brussel

## **Samenstelling**

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Afdeling Beleidsinformatie, Communicatie en Kennis

## **Productcoördinatie en vormgeving**

Afdeling Beleidsinformatie, Communicatie en Kennis  
Team Communicatie

## **Depotnummer**

D/2018/3241/199

## **Uitgave**

Juni 2018



# INHOUD

<b>1</b>	<b>SITUERING VAN HET ONDERZOEK</b>	<b>5</b>
1.1	Zorgtrajecten voor geïnterneerden: een sterk wijzigend zorglandschap	5
1.2	Een kwalitatieve bevraging omtrent uitstroomperspectieven voor geïnterneerden	5
1.3	Opbouw van het onderzoeksrapport	6
<b>2</b>	<b>RESULTATEN</b>	<b>7</b>
2.1	Verwerking van vraag 1	7
2.1.1	De geïnterneerde en zijn context	7
2.1.2	In de eigen voorziening	9
2.1.3	Kenmerken van het zorglandschap voor geïnterneerden	11
2.1.4	Hulpverleningsprincipes als gemeenschappelijk kader	15
2.2	Verwerking van vraag 2	16
2.2.1	Individuele kenmerken van de geïnterneerde	16
2.2.2	De context van de geïnterneerde	17
2.2.3	De samenwerkingsrelatie tussen de forensische/categorale zorg en de reguliere zorg	18
2.2.4	Factoren die zich situeren aan de kant van de forensische/categorale zorg	22
2.2.5	Factoren die zich situeren aan de kant van de reguliere zorg	24
2.2.6	Hulpverleningsprincipes als gemeenschappelijk kader	25
2.3	Verwerking van vraag 3	27
2.3.1	Aanbevelingen ten aanzien van de bevoegde overheden	27
2.3.2	Aanbevelingen voor specifieke sectoren of instanties	32
2.3.3	Aanbevelingen voor de aangrenzende beleidsdomeinen	34
2.3.4	Aanbeveling voor de hulpverlening	35
<b>3</b>	<b>AANBEVELINGEN</b>	<b>37</b>
3.1	Zorg voor een voldoende en aangepast zorgaanbod	37
3.2	Werk aan genuanceerde beeldvorming over geïnterneerden	37
3.3	Versterk de intersectorale samenwerking tussen justitie, psychiatrie en welzijn	38
3.4	Versterk de informatie- en expertise uitwisseling tussen justitie, psychiatrie en welzijn	38
3.5	Investeer in wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerde personen	38
3.6	Zet verder in op gedeelde hulpverleningskaders	39
3.7	Versterk de maatschappelijke integratie op domeinen van huisvesting, tewerkstelling en sociale inclusie	39
	<b>REFERENTIES</b>	<b>40</b>







Van de 89 aangeschreven voorzieningen hebben er 47 (53%) hun antwoorden op de drie respectievelijke vragen terugbezorgd aan de afdeling Welzijn en Samenleving. De deelnemende instanties behoren tot verschillende (deel)sectoren uit het zorglandschap, gaande van de psychiatrische zorg, over de geestelijke gezondheidszorg tot de zorg voor personen met een beperking. De verdeling van de antwoorden over deze verschillende (deel)sectoren wordt weergegeven in tabel 1.

**Tabel 1: Bevraagde instanties per sector**

	Regulier	Forensisch	Totaal
Centrum geestelijke gezondheidszorg (CGG)	1	6	7
Beschut wonen (BW)	13	2	15
Psychiatrisch ziekenhuis (PZ)	15	3	18
Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)	3	1	4
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)	0	3	3
TOTAAL	32	15	47

De analyse van de antwoorden vertrouwde de afdeling Welzijn en Samenleving toe aan het team Kennis van de afdeling Beleidsinformatie, Communicatie en Kennis. In een eerste fase werden de kwalitatieve data door twee wetenschappelijk medewerkers gecodeerd. Per vraag werden de antwoorden van de deelnemende instanties van één of meerdere codes voorzien. In lijn met Mortelmans (2013) omschrijven we het coderen van kwalitatieve data als een fase in het onderzoeksproces waarin de gegevens opgedeeld worden in kleinere delen waarbij de niet relevante data weggefilterd worden. Vervolgens worden de data beschreven en worden de delen van de data met elkaar verbonden. De analyse eindigt met het uitschrijven van de analyse. Coderen kan ook beschreven worden als een proces van ‘afbreken’ en vervolgens terug ‘opbouwen’. Afbreken staat dan voor het coderen en opbouwen voor het verbinden. We hebben gewerkt met ‘open codering’ waarbij we op een systematische wijze namen/labels hebben gegeven aan stukken tekst uit de data. Al het materiaal is door de twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, gecodeerd. Eventuele verschillen in interpretatie en/of het toevoegen van extra codes werden grondig doorgesproken. Het resulterende codeerschema werd daarna voorgelegd aan de beleidscoördinator zorg- en dienstverlening aan geïnterneerden van de afdeling Welzijn en Samenleving. Vervolgens werd het materiaal geanalyseerd. Bij deze analyse kunnen we geen hiërarchische verhouding of volgorde bepalen tussen de thematische clusters binnen elk antwoord. De voorgestelde volgorde is door de onderzoekers bepaald met de bedoeling tot een logisch samenhangend geheel van factoren te komen. De citaten in het rapport zijn afkomstig uit de schriftelijke antwoorden van de bevroegde voorzieningen. Elk citaat is gelabeld met een verwijzing naar de desbetreffende sector en met een volgnummer. De meest sprekende citaten werden geselecteerd om een bepaalde topic te illustreren. Ook de aanbevelingen voor het beleid werden tot slot afgetoetst bij de beleidscoördinator zorg- en dienstverlening aan geïnterneerden.

Gezien het om een schriftelijke bevraging ging, hadden de onderzoekers vaak weinig context om de antwoorden goed te kunnen plaatsen. Dat vormt een belangrijke beperking van het onderzoek.

### 1.3 OPBOUW VAN HET ONDERZOEKSRAPPORT

In hoofdstuk 2 van dit rapport worden de antwoorden op de drie open vragen in detail geanalyseerd. In het derde hoofdstuk worden de belangrijkste aanknopingspunten voor het beleid ter versterking van de uitstroomperspectieven van (ex-)geïnterneerden aangegeven.

## 2 RESULTATEN

### 2.1 VERWERKING VAN VRAAG 1

**Welke factoren spelen een positieve rol bij de uitstroom van geïnterneerden uit uw specifieke afdeling/unit/dienst?**

De antwoorden van de bevroegde instanties kunnen we onderverdelen in verschillende categorieën, die we hieronder uitgebreid bespreken. De instanties benoemden factoren die kenmerkend zijn voor de individuele geïnterneerde en voor de ruimere sociale en maatschappelijke context waarin hij (of zij) zich bevindt. Daarnaast zijn er bepaalde elementen die de betrokken organisaties zelf kunnen inzetten om de uitstroom van hun cliënten positief te beïnvloeden. Tot slot zijn ook meer algemene kenmerken van het zorglandschap van belang die positief kunnen bijdragen, namelijk: elementen in het zorgaanbod, in de samenwerking en in de toepassing van bepaalde principes in de hulpverlening.

Voor een aantal instanties bleek de vraag naar uitstroom minder relevant: twee psychiatrische ziekenhuizen en een psychiatrisch verzorgingstehuis zeggen dat zij (bijna) geen uitstroom (kunnen) realiseren (1) omdat er geen andere gepaste hulpverlening bestaat, (2) omwille van doorstroom naar justitie of (3) omdat men nog maar recent geïnterneerden opneemt. Er zijn ook een tweetal forensische centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) die melden dat wanneer er bij hen sprake is van doorstroom, dit in feite een stopzetting van de hulpverlening betekent. Zij zijn veelal de laatste schakel in het traject en kennen dus geen doorstroom naar andere hulpverlening.

#### 2.1.1 De geïnterneerde en zijn context

De individuele factoren van de geïnterneerde die een rol spelen bij de uitstroom uit de bevroegde instanties zijn onder te verdelen in factoren die verband houden met de psychiatrische problematiek en met een aantal meer algemene vaardigheden van de geïnterneerde persoon. Een aantal voorzieningen benoemt ook meer algemeen 'het risico op recidive'. Dit moet beperkt zijn, of ten minste gekend en 'onder controle'.

*"Minimaal risico op recidive." (For CGG 5)*

*"Het tempo van het traject rond elke individuele cliënt is anders en is op maat zodat er geen onnodige risico's genomen worden. We durven te zeggen dat we zicht hebben op de resterende risico's van een cliënt en we geven handvaten hoe een volgende ondersteuningsdienst hier mee om kan gaan. Cliënt wordt ook zelf aangeleerd hoe omgaan met risicosituaties." (For VAPH 2)*

De meerderheid van de benoemde individuele factoren houdt verband met de psychiatrische problematiek van de patiënt. Om uit te kunnen stromen, vermelden een aantal instanties bijvoorbeeld dat het van belang is dat de geïnterneerde hersteld is, dat het detentieverleden uitgedoofd is of dat er geen vooruitgang meer te boeken is op therapeutisch vlak.

*"Herstel psychiatrische problematiek en ziekte-inzicht." (PZ 18)*

*"Indien de reden/criterium van de internering verdwenen lijkt/is." (PVT 6)*

Ook de medewerking aan de behandeling en de motivatie van de geïnterneerde dragen bij tot de uitstroom, net als het hebben van voldoende inzicht in de eigen ziekte. Daarnaast is het van belang dat de (eventuele) medicatie goed op punt staat bij een doorverwijzing en dat de patiënt trouw de medicatie inneemt om herval te voorkomen. Het middelengebruik moet onder controle zijn, net als een eventuele problematiek van agressie.

*“In deze speelt de motivatie van betrokkenen in kader van vervolgbegeleiding een belangrijke rol.” (BW 7)*

*“Ziekte-inzicht, medewerking behandeling.” (PZ 25)*

*“We houden daarbij ook rekening met aanverwante factoren als ziekte-inzicht en medicatietrouw.” (BW 11)*

*“Wij ronden pas af wanneer de medicatie op punt staat.” (For CGG 4)*

*“... Een cliënt wiens middelengebruik onvoldoende gestabiliseerd is, kan onmogelijk uitstromen uit onze voorziening. Middelengebruik is in vele gevallen ook onlosmakelijk verbonden met recidive-risico en wordt aldus als een cruciale factor beschouwd in het traject van de cliënt ...” (BW11)*

*“Agressievrij en middelenvrij groepsfunctioneren.” (For PZ 13)*

Eén instantie vermeldt dat het helpt als een geïnterneerde zicht heeft op de mogelijkheid tot het beëindigen van zijn maatregel.

Men benoemt ook een aantal meer algemene psychologische vaardigheden of kenmerken van de cliënt zoals zelfredzaamheid, kunnen omgaan met risicosituaties en draagkracht.

*“Copingvaardigheden (specifiek omgaan met situaties en omstandigheden die voorafgingen aan het delictgedrag).”*

*“Er dient zeker rekening te worden gehouden met de psychische draagkracht van de persoon wanneer deze na langdurige opname (gevangenis of psychiatrische opname) opnieuw geconfronteerd wordt met de complexiteit van de huidige maatschappij.” (PZ 22)*

*“Zelfredzaamheid.” (PZ 18)*

Er is tenslotte één instantie die ‘kennis van de Nederlandse taal’ benoemt als een criterium om uit te kunnen stromen.

Naast deze individuele of psychologische kenmerken worden factoren in de context van de geïnterneerde veelvuldig aangehaald. Het gaat met name over het beschikken over een voldoende en stabiel inkomen, over huisvesting en het hebben van een sociaal netwerk. Deze kenmerken situeren zich eerder op het maatschappelijke terrein, het zijn sociale en economische hulpbronnen die de maatschappelijke integratie bevorderen. Die staan bovendien niet los van elkaar.

*“Wanneer inkomen duidelijk is, kan er sneller gekeken worden naar mogelijkheden in huisvesting.” (PZ 9)*

*“Het hebben van een positief, constructief sociaal netwerk voor materiële, financiële en emotionele steun.” (PZ 13)*

Wat het thema huisvesting betreft, worden er verschillende knelpunten aangehaald: de beschikbaarheid van betaalbare en aangepaste woningen, de mogelijkheden tot sociale huisvesting en een goede omkadering van het wonen door ambulante diensten.

*“Beschikbaarheid van woonmogelijkheden (op heden zijn er wachtlijsten beschut wonen, sociale woonvormen ...).” (PZ 20)*

*“Goed georganiseerde thuiszorg en woonvormen.” (PZ 11)*

De toeleiding naar een aangepaste en stabiele daginvulling wordt vaak vernoemd als belangrijk element.

*“Samenwerken met diensten/organisaties in functie van het kunnen aanbieden van een zinvolle daginvulling, opleiding, (vrijwilligers)werk aan de patiënt. Dit om in de toekomst de leegte en de eenzaamheid die ze kunnen ervaren in het alleen wonen te doorbreken.” (PZ 32)*



De daginvulling kan verschillende vormen aannemen. De bevroegde instanties vernoemen: het hebben van werk of vrijwilligerswerk, het volgen van een opleiding, het goed kunnen invullen van de vrije tijd, of deelnemen aan activiteiten in een activiteitencentrum als dagbesteding.

### 2.1.2 In de eigen voorziening

De bevroegde instanties geven aan dat zijzelf ook een voorname rol spelen in de uitstroom van geïnterneerden uit hun dienst. Dat is het geval in de verschillende fases van het verblijf of de behandeling van de cliënt: van voor de start tot na het vertrek van de cliënt zijn er een aantal belangrijke factoren te identificeren.

Volgens een aantal voorzieningen maakt de start van een traject al een groot verschil.

*“Goed voorbereid ontslag uit de gevangenis of FPC zorgt voor een stabiele start waarbij bewoner en team aan de slag kunnen gaan. Indien een overgang van gevangenis naar beschut wonen gepaard gaat met het niet meer in orde zijn met alle sociaal-administratieve zaken, dan legt dit een enorme druk op team en nieuwe bewoner.” (BW 12)*

Niet enkel een goed ontslagmanagement bij de verwijzende instanties komt een vlotte uitstroom ten goede, een aantal respondenten maakt er ook zelf gebruik van. Vóór de opname van de persoon wordt al nagedacht over het ontslag. Daarop kan dan de verdere werking en eventuele behandeling worden afgestemd.

*“Daarnaast wordt er hier, vooraleer de persoon opgenomen wordt, nagedacht over het ontslag en het nodige netwerk (methodiek ontslagmanagement). Proactief een netwerk opstarten en ketenzorg uitbouwen is hier de boodschap.” (PZ 27)*

Tijdens het verblijf of de behandeling is het van belang dat de geïnterneerde cliënt een behandeling krijgt die aangepast is aan de problematiek. Daarnaast zijn er een aantal organisatorische kenmerken die een uitstroom kunnen bespoedigen. Zo vernoemen een aantal voorzieningen dat het hebben van een gedifferentieerd aanbod van behandelingsmogelijkheden een positieve impact heeft. Door de mogelijkheid om te schakelen tussen de verschillende behandelingsvormen, kan men de cliënt in stappen aanbieden wat er nodig is. Het kan bijvoorbeeld gaan om gesloten, halfopen versus open afdelingen, of reguliere versus categorale hulp. In deze context wordt bijvoorbeeld ook een ‘woontraining’ vernoemd, waardoor de overgang van een psychiatrisch ziekenhuis naar beschut wonen haalbaar wordt.

*“De mogelijkheid om met vrijheden te werken (halfgesloten en open afdelingen), zorgt ervoor dat geïnterneerden die naar een reguliere residentiële afdeling, outreach- of mobiele equipes gaan een grote oefening met vrijheden achter de rug hebben.” (PZ 32)*

*“Volledigheid van ingrediënten om een zorgcircuit mogelijk te maken. Binnen de forensische zorg zijn scharnieren heel erg belangrijk. Delictgevaar is hier steeds verhoogd, vandaar dat het belangrijk is deze scharnieren, deze overgang zo klein mogelijk te maken. Binnen een zorgcircuit dient dan ook het aanbod te bestaan om in kleine stapjes voortgang te boeken.” (PZ 6)*

De vernoemde methodiek van het ontslagmanagement en het inzetten van het gedifferentieerd aanbod van de voorziening zijn manieren om het uitstroomtraject van de cliënt voor te bereiden. Andere manieren die eveneens, zij het minder, worden genoemd door de bevroegde instanties zijn het opstellen van een rehabilitatieplan, het reeds opstarten van vervolgbegeleiding en het aanwijzen van een brugfiguur binnen de eigen organisatie.

*“Dit is de medewerker die, in overleg met de justitieel assistent werk maakt van de opstart/uitbouw en waar mogelijk, consolidatie van het netwerk m.b.t. wonen/werken/vrije tijd.” (PZ 25)*

Zoals eerder vermeld bij de individuele kenmerken van de cliënt, is het risico op recidive een factor waar rekening mee wordt gehouden bij de uitstroom. De inschatting van en het omgaan met dit risico wordt door sommige voorzieningen dan ook benoemd als een belangrijke verantwoordelijkheid in hun eigen werking.

*“Het tempo van het traject rond elke individuele cliënt is anders en is op maat zodat er geen onnodige risico’s genomen worden. We durven te zeggen dat we zicht hebben op de resterende risico’s van een cliënt en we geven handvaten hoe een volgende ondersteuningsdienst hiermee kan omgaan. Cliënt wordt ook zelf aangeleerd hoe omgaan met risicosituaties.” (For VAPH 2)*

We zien wel dat verschillende diensten hier anders mee omgaan. Sommigen houden de risico-inschatting zelf in handen en vragen het vertrouwen van de FOD Justitie om dit te doen en om kansen te kunnen benutten; anderen vragen om externe ondersteuning voor een gedegen risicotaxatie. Die laatste groep is in de meerderheid in deze bevraging.

*“Vertrouwen in de begeleiding van onze dienst vanuit de omkadering van FOD Justitie om de risico's rond de geïnterneerde in te schatten en voldoende ruimte te laten om kansen te benutten die de uitstroom bevorderen.” (PZ 25)*

*“Ondersteuning van (reguliere) settings op het vlak van omgaan met het risico.” (For PVT 8)*

*“Tot op heden hebben wij nog geen beroep moeten doen op het forensisch 2B-team. Dit zou wel goed zijn om een goede risicotaxatie te kunnen krijgen.” (BW 8)*

*“In dezelfde mate van belangrijkheid bevindt zich in deze context het recidiverisico. Om hier zicht op te krijgen, maken we onder andere gebruik van risicotaxatie-instrumenten. De afname van deze instrumenten gebeurt door een criminoloog aangesloten bij de dienst x. De resultaten van deze testing worden met de betrokken cliënt besproken en kunnen handvaten bieden voor de verdere aanpak van begeleiding.” (BW 11)*

Tot slot benoemen de bevroegde instanties een aantal zaken die de organisatie zelf kan doen na het beëindigen van het verblijf of de behandeling van de cliënt. Verschillende van hen vermelden dat zij de garantie bieden om de cliënt terug te nemen als dit nodig zou zijn, en een aantal van hen verwacht van andere partners dezelfde garantie. Dit wordt ook wel de ‘terugvalfunctie’ of een ‘time out-bed’ genoemd. Om dat te kunnen voorzien, worden soms plaatsen binnen de voorziening vrijgehouden.

*“Het feit dat er een terugname-garantie gegeven wordt bij diensten waar een grote vertrouwelijkheid mee opgebouwd is, verlaagt de drempel om geïnterneerden op te nemen.” (For PZ 6)*

Daarnaast worden zowel de voorziening die de cliënt overneemt als de cliënt zelf soms verder ondersteund door de bevroegde instanties. Het kan gaan van een telefonisch onderhoud tot het inzetten van bepaalde begeleidingen, en van informatie over het functioneren van de cliënt tot handvaten bieden over hoe om te gaan met forensisch gedrag. Een dienst merkt op dat ze die ondersteuning met de huidige omkadering slechts beperkt kunnen waarmaken.

*“Voldoende ondersteuning/opvolging/nazorg kunnen bieden vanuit gespecialiseerde dienst x naar reguliere voorzieningen, zowel naar cliënt zelf als naar nieuwe zorgverlener. Op basis van onze ervaringen van de voorbije x jaar blijkt dat een intensief doorstroomtraject noodzakelijk is waarbij wij een rol blijven spelen (outreach, cliëntoverleg, begeleidingsacties of andere interventies ...). Met de huidige omkadering kan deze ondersteuningsfunctie maar gedeeltelijk opgenomen worden.” (For VAPH 3)*

Zoals uit bovenstaand citaat blijkt, houden een aantal instanties de draad met de cliënt vast na de doorstroom en doen zo aan nazorg.

### 2.1.3 Kenmerken van het zorglandschap voor geïnterneerden

Een aantal kenmerken van het zorglandschap beïnvloedt de uitstroom van geïnterneerden uit de bevroegde instanties positief of negatief. Die kenmerken zijn onder te verdelen in volgende clusters:

1. een voldoende en aangepast zorgaanbod voor geïnterneerden
2. een goede samenwerking tussen de betrokken instanties over sectoren heen, en ten slotte
3. het toepassen van een aantal belangrijke hulpverleningsprincipes doorheen het zorglandschap.

In wat volgt bespreken we deze elementen systematisch.

#### 2.1.3.1 Een voldoende en aangepast zorgaanbod voor geïnterneerden

Een heel aantal voorzieningen spreekt over de noodzaak van 'een voldoende uitgebouwd aanbod' voor een goede doorstroom van geïnterneerden. Anderen duiden het negatiever als het bestaan van wachtlijsten, of te weinig aanbod. Dit is mede afhankelijk van het statuut dat wordt toegewezen aan de geïnterneerde (bijvoorbeeld VAPH-toewijzing prioriteitengroep 1).

Een aantal instanties vult bovendien aan dat het personeel in de voorziening waarnaar men doorverwijst voldoende expertise en/of ervaring moet hebben in het werken met geïnterneerden.

*“De specifieke gedrags- en verbale uitingsvormen van de psychopathologie (bv. sociale vaardigheden) nopen vaak tot de aanwezigheid van een gespecialiseerde personeelsgroep, waardoor ontslag naar bv. een woon- en zorgcentrum niet altijd kan.” (PZ 12)*

Men verwijst naar een aantal specifieke types van aanbod die nodig zijn. In de meerderheid van de gevallen gaat het om ambulante diensten die de geïnterneerde zouden kunnen ondersteunen.

*“Voldoende ambulante partners met een specifiek aanbod voor bepaalde subgroepen met de noodzakelijke professionele gedifferentieerde behandelingsmogelijkheden. Deze zijn een belangrijke meerwaarde en noodzakelijke aanvulling op de niet gespecialiseerde woonbegeleiding.” (BW 7)*

Specifieke ambulante diensten zoals dagcentra, drughulpverlening, psychiaters, thuiszorg, arbeidszorg of activeringstrajecten worden vernoemd, maar een belangrijke en vaak genoemde subcategorie in dit ambulante aanbod blijkt het mobiele of outreachende aanbod te zijn. Met name de inzet van de zogenaamde 2B-teams blijkt voor veel van de bevroegde instanties van belang.

*“Uitrol van de mobiele 2B-teams zorgt voor meer uitstroom.” (PZ 11)*

*“Bij huisvesting kan afhankelijk van de regio ondersteuning Functie 2B een grote meerwaarde betekenen.” (PZ 9)*

*“De aanwezigheid van het forensisch outreachteam X. Door de nauwe samenwerking kunnen cliënten die in de regio resocialiseren vlugger hun weg naar deze samenleving vinden. De nabijheid en de samenwerking zorgen voor een vlug ingrijpen bij crisis, waarbij dit ingrijpen gelimiteerd kan zijn in de tijd.” (For PVT 8)*

In deze analyse kunnen we het onderscheid tussen forensische en reguliere 2B-teams helaas niet maken, hoewel enkele citaten lijken te suggereren dat er belangrijke verschillen bestaan.

*“Geen exclusiecriteria voor mensen met statuut internering bij netwerkpartners zoals mobiel behandelteam (2B-team) en beschut wonen.” (PZ 11)*

*“Een bijzondere aandacht voor een naadloze overgang van de éne zorgvorm naar de andere vb. aanwezigheid van een 2B-team (al dan niet forensisch lijkt een belangrijke voorwaarde) ...” (BW 7)*

Naast het belang van sterke ambulante diensten wijst een beperkter aantal instanties op het belang van voldoende residentieel aanbod.

*“Beschikbaarheid van bedden/plaatsen in voorzieningen bij afschalen van zorg (van acuut naar chronisch).” (PZ 23)*

Zoals reeds vermeld bij de contextfactoren van de geïnterneerde is de beschikbaarheid van betaalbare woningen soms een knelpunt, net als de mogelijkheid tot sociale huisvesting en een goede omkadering van het wonen door ambulante diensten. Daarnaast gaat er vrij veel aandacht naar het belang van opvangmogelijkheden voor de geïnterneerde in het geval van uitstroom, in het bijzonder bij crisissituaties of time-out.

*“Back-up plan voorzien binnen het zorgnetwerk van de cliënt (voor time-out). Indien crisisopname is voorzien dan kan vaak terugsturen naar gevangenis vaak vermeden worden.” (For CGG 1)*

Zoals al vermeld (supra), geven een aantal instanties aan dat zij zelf instaan voor heropname indien dat nodig blijkt; de garantie van opvangmogelijkheden bij een crisis wordt meer algemeen aangevoeld als een belangrijke voorwaarde om een cliënt te kunnen laten doorstromen.

*“Ook de garantie dat we onze cliënten steeds terugnemen bij het niet lukken van. Dit verwachten we ook van onze verwijzers - geen ‘dump politiek’.” (For BW 13)*

Eén instantie vraagt om meer mogelijkheden tot dwangmaatregelen.

*“Maatregelen met enige vorm van dwang. (Helaas is de kloof tussen de vrijwilligheid en gedwongen situatie te groot. Er zijn weinig mogelijkheden om bepaalde noodzakelijke hulpmaatregelen af te dwingen indien echt nodig en verantwoord).” (BW 5)*

Een ander element dat we eerder benoemden als element in de eigen organisatie, maar dat breder naar de organisatie van de zorg kan opengetrokken worden, is het bestaan van een gedifferentieerd hulpaanbod. Het kan gaan om bijvoorbeeld gesloten, halfopen versus open afdelingen, of reguliere versus categorale hulp. Eén instantie stelt een zogenaamd ‘dynamisch centrum’ voor.

*“Mogelijkheid van een dynamisch centrum met verschillende mogelijkheden van opvang (dag/nacht/outreaching ...).” (PZ 20)*

We vermeldden al dat de toelatingsvoorwaarden voor de 2B-teams worden vernoemd als een knelpunt, maar ook toelatingsvoorwaarden binnen de reguliere zorg kunnen de uitstroom uit de bevraagde instanties in een aantal gevallen hinderen. Het gaat met name over de criteria van woonzorgcentra en van beschermt wonen.

Tot slot zou het volgens een aantal bevraagde diensten helpend zijn naar doorstroom toe dat de diensten waarnaar men verwijst ondersteuning zouden krijgen in verband met een aantal specifieke onderwerpen. Het gaat hier om het omgaan met risico, cliëntoverleg, begeleiding of andere interventies. Dit kan gebeuren door externen of door de verwijzende dienst zelf.

### **2.1.3.2 Naar een betere intersectorale samenwerking in de zorg voor geïnterneerden**

Zeer veel bevestigde instanties geven aan dat het samenwerken van de professionele partners in een netwerk belangrijk is voor een vlotte uitstroom van de geïnterneerde uit de betrokken organisatie.

*“Het bestaan van het netwerk artikel 107 en de werking ervan. Dit impliceert uiteraard het bestaan en de aanwezigheid van de nodige overlegorganen/structuren waardoor verschillende thema’s besproken kunnen worden en projecten (verder) uitgebouwd kunnen worden. In het verbeterproject X hebben we om de zes weken een aanmeldingsvergadering waarin alle mensen met interneringsstatuut besproken worden en waarbij knelpunten in het traject bekeken en aangepakt kunnen worden.” (PZ 27)*

*“De organisatie en opvolging van netwerkoeverleggen met sterke samenwerking tussen justitie en behandelaar.” (PZ 20)*

De samenwerkingspartners blijven niet steeds beperkt tot de relevante professionele actoren. In heel wat gevallen wordt ook het sociale weefsel van de geïnterneerde betrokken, al verloopt dat niet altijd zonder problemen.

*“Prosociaal netwerk: door regelmatig overleg met de steunfiguren worden de specifieke probleemgebieden aangekaart van de geïnterneerde zodat zij in een vroeg stadium eventueel problematisch gedrag kunnen signaleren. Zij zorgen idealiter ook voor een stabiel sociaal netwerk.” (PZ 22)*

*“... Dat netwerk bestaat idealiter uit een professionele en een familiale of sociale component. De praktijk wijst echter uit dat de familiale contacten in heel wat casussen minimaal of onbestaande zijn. Het professionele netwerk kan bestaan uit: huisarts, psychiater, psycholoog, huishoudelijke hulp, verpleegkundig team, ambulante verslavingszorg, enz.” (BW 11)*

De volgende onderwerpen komen aan bod tijdens dergelijke overlegmomenten: afspraken om het verdere traject van de cliënt te ondersteunen en te begeleiden (incl. nazorg) en zorg op elkaar af te stemmen, afspraken over heropname of een crisised en raadpleging bij problemen of twijfels. Respondenten geven aan via deze samenwerking elkaars werking, sterktes en grenzen te leren kennen, en de mogelijkheid te hebben om directer te kunnen communiceren en het vertrouwen tussen de partners te doen groeien.

Een aantal instanties vernoemt hierbij ook dat een vaste begeleider of centrale zorgcoördinator doorheen het hele zorgtraject van de geïnterneerde helpend is of zou zijn voor een goede doorstroom.

*“Een degelijke uitbouw van een ondersteunend netwerk. Een netwerk volgens de noden en wensen van de cliënt. Hierbij is het belangrijk dat er aandacht besteed wordt aan een coördinerende rol en/of algemeen overkoepelende rol binnen dit netwerk. Wanneer een cliënt met interneringsstatuut vertrekt uit het project, kan op deze manier vlotter losgelaten worden met de kennis die aan alarmbel trekt bij (risico op) herval.” (BW 2)*

### **2.1.3.3 Professionele samenwerkingspartners**

Hieronder beschrijven we de belangrijkste samenwerkingspartners die vernoemd worden door de bevestigde instanties. Het betreft een breed scala aan diensten en voorzieningen, welke onder federale bevoegdheid vallen zoals de rechterlijke macht, het forensisch of regulier zorgcircuit, of onder Vlaamse bevoegdheid, met name een aantal sectoren binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Een voorname samenwerkingspartner binnen de gerechtelijke macht is de kamer voor de bescherming van de maatschappij (KBM, vroegere CBM). De KBM beslist over de uitvoeringsmodaliteiten van de internering en van de voorwaarden bij invrijheidsstelling op proef. Uit de antwoorden van de bevestigde instanties blijkt duidelijk dat zij afhankelijk zijn van de beslissingen van deze instantie voor de doorstroom van geïnterneerden.

*“Samenwerking met het CBM: goedkeuring krijgen om volgende stappen in een behandeling te mogen ondernemen.” (PZ 9)*

De justitieassistent (onder Vlaamse bevoegdheid) staat in voor de opvolging en controle van de opgelegde voorwaarden en is als dusdanig de schakel tussen de KBM, de actoren in het zorgtraject van de geïnterneerde en de geïnterneerde zelf. Een goede samenwerking met de justitieassistent zien vele instanties dan ook als een belangrijke voorwaarde voor een vlotte doorstroom. De betrokkenheid en (snelle) beschikbaarheid van de assistenten wordt meerdere keren vernoemd.

*“Uitbouw van een goed netwerk. Voor ons is dit de samenwerking met voornamelijk de justitieassistenten (correcte afspraken kunnen maken, opvolging, bij problemen of twijfels hierop kunnen terugvallen, of raadplegen). Dit verloopt vlot. ...” (BW 8)*

De justitieassistent is tevens een contactpersoon voor de geïnterneerde zelf. Een enkele respondent benoemt het belang van een goed contact tussen assistent en geïnterneerde in het traject.

*“Reeds van bij aanvang van de behandeling op de gesloten afdelingen, het faciliteren van een goed contact tussen patiënt en justitieassistent. Zij blijven een verdergezette band onderhouden met patiënt na ontslag, dienen op regelmatige basis evolutieverslagen over te maken aan de Kamer en zijn vaak een coördinerende/(alarmerende) figuur in het nazorgplan.” (For PZ 32)*

Uit het forensische zorgcircuit worden de netwerkcoördinatoren internering en de schakelteams vernoemd als bron van ondersteuning en belangrijke brugfiguren tussen de justitiële actoren en de zorgpartners om het zorgtraject te faciliteren en mee vorm te geven.

*“Ondersteuning van (reguliere) settings op het vlak van omgaan met het risico. De netwerkcoördinatoren internering en het schakelteam zorgen enerzijds voor een bekendheid van mensen met een interneringsstatuut bij de reguliere setting. Anderzijds komen zij tussen om een transfer naar een niet-forensische instelling/afdeling/dienst te faciliteren. Enkel en alleen de kennis doorgeven waar er aangemeld kan worden is op zich al nuttig, het dossier gaan voorstellen en de weg effenen is dit des te meer.” (For PVT 8)*

Daarnaast wordt de meerwaarde van de 2B-teams frequent vernoemd. Het is niet altijd te achterhalen of de forensische of reguliere teams bedoeld worden in de antwoorden. In de analyse maken we daarom het onderscheid niet. Men benoemt hun meerwaarde voor de door- en uitstroom, voor risicotaxatie en voor huisvesting (cf. supra). Eén instantie benoemt de toelatingsvoorwaarden om een beroep te kunnen doen op deze teams als knelpunt.

Verder zijn er nog partners uit de eerste-, tweede- of derdelijnsgezondheidszorg die een rol spelen, namelijk artsen, wijkgezondheidscentra, psychiaters en psychiatrische ziekenhuizen. Er werden eveneens een heel aantal diensten genoemd die veelal, maar niet steeds exclusief, binnen de Vlaamse sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vallen. Het gaat bijvoorbeeld over thuiszorg, budgetbegeleiding (CAW of OCMW) en geestelijke gezondheidszorg, waaronder de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), een daderteam van de CGG, een mobiel team geestelijke gezondheidszorg (GGZ), centra voor alcohol- en andere drugproblemen, woonbegeleiding en beschut wonen.



#### 2.1.4 Hulpverleningsprincipes als gemeenschappelijk kader

Tot slot komt uit de antwoorden van de bevroagde voorzieningen naar voor dat de toepassing van bepaalde hulpverleningsprincipes in de zorg voor geïnterneerden hun uitstroom ten goede zou komen. Het gaat om bepaalde kaders of elementen in de directe zorg naar de cliënt toe, die ook organisatorisch hun weerslag (kunnen) hebben, en over de omgang met andere zorgactoren.

Om een goede doorstroom te kunnen realiseren tussen verschillende zorgpartners, blijkt het van belang om een zekere continuïteit in de zorg te kunnen realiseren. Dit kan nagestreefd worden door het proactief opzetten van een netwerk, het aanstellen van een vaste zorgbegeleider, het bieden van nazorg, het verderzetten van een behandeling vanuit een bepaald therapeutisch kader, het voorzien van een naadloze overgang van de ene zorgvorm naar de andere, of van een geleidelijke, stapsgewijze voortgang in het proces. Gelijktijdig hiermee vermeldt een aantal voorzieningen ook ketenzorg of het transmuraal werken. Al deze principes zijn erop gericht om de zorg zo te organiseren dat de cliënt een zekere continuïteit en stabiliteit ervaart.

*“... Binnen de forensische zorg zijn scharniermomenten heel erg belangrijk. Delictgevaar is hier steeds verhoogd, vandaar dat het belangrijk is deze scharniermomenten, deze overgang zo klein mogelijk te maken. Binnen een zorgcircuit dient dan ook het aanbod te bestaan om in kleine stapjes voortgang te boeken.” (For PZ 6)*

*“Netwerkoverleg met hulpverleners van bij het begin om: de zorg op elkaar af te stemmen, elkaars grenzen en sterktes te leren kennen, directe communicatielijnen op de werkvloer te faciliteren.” (BW 1)*

Ook in de houding naar andere voorzieningen toe zijn er een aantal belangrijke elementen die de doorstroom kunnen vergemakkelijken. Er wordt het meest de nadruk gelegd op het noodzakelijke vertrouwen tussen de samenwerkingspartners. Dat vertrouwen kan groeien door vroegere samenwerkingen of succeservaringen, door elkaars werking te kennen of door eenzelfde wetenschappelijk theoretische basis te hebben waarop gewerkt wordt in de zorg voor geïnterneerden. Ook een open en vlotte communicatie en een zekere flexibiliteit in de samenwerking worden geapprecieerd.

Eén voorziening wijst op de soms langdurige of zelfs levenslange behoefte van geïnterneerden aan zorg. Ondanks deze nood richten veel diensten zich niet meer op dit type zorg, wat een knelpunt vormt.

*“Het beschikbaar zijn van deze diensten op tempo van de bewoner. Belemmering hierbij is dat veel diensten zich niet meer wensen te richten op ‘langdurige zorg’. Er wordt trajectmatig gewerkt richting meer zelfstandig functioneren, wat positief is, maar een deel van de bewoners vraagt zelf naar langdurige/levenslange ondersteuning. We vinden het een maatschappelijke verantwoordelijkheid om hier ook een antwoord te formuleren op deze zorgnoden.” (BW 16)*

Er worden bepaalde hulpverleningskaders naar voor geschoven, zijnde het krachtgericht, herstelgericht en empowerend werken. Eén organisatie vermeldt ook ‘bemoeizorg’.

*“Herstelgericht werken: inzetten op de krachten en mogelijkheden van de patiënt met een zo groot mogelijk participatie (binnen het juridisch kader) van geïnterneerde in de uitstippeling van eigen traject, empowerend werken.” (PZ 20)*

Naast deze algemene kaders, worden ook bepaalde elementen van hulpverlening naar de geïnterneerde cliënten toe in de verf gezet. Zoals uit het citaat hierboven blijkt, vraagt een aantal voorzieningen om betrokkenheid van de cliënt, bijvoorbeeld via de organisatie van zorgtafels of cliëntoverleg. Een ander belangrijk element dat naar voor komt is dat er zorg op maat moet worden gegeven om de uitstroom te verbeteren. Dit illustreert men aan de hand van de soms niet ingevulde nood aan langdurige zorg en het beperken van de risico's op maat van de cliënt. Eén instantie zegt tot slot dat het helpend is om hoop en duidelijkheid te bieden aan de geïnterneerde.

## 2.2 VERWERKING VAN VRAAG 2

### Welke factoren zorgen ervoor dat een geïnterneerde vlot kan overgaan van de forensische zorg/categoriale zorg naar de reguliere zorg (en omgekeerd)?

Een voorafgaandelijke bemerking bij deze tweede vraag heeft betrekking op het gebruik van de termen forensische zorg, categoriale zorg en reguliere zorg. Deze begrippen zijn bij de bevraging niet duidelijk omschreven. De vraagstelling suggereert enerzijds een gelijkstelling tussen forensische zorg en categoriale zorg en anderzijds een onderscheiding van reguliere zorg. De analyse van de antwoorden volgt dan ook deze interpretatie.

Forensische zorg wordt vaak omschreven als een synoniem van gerechtelijke zorg en gedefinieerd op het raakvlak tussen recht en psychiatrie. De term omvat o.a. de zorg aan geïnterneerde personen en gedetineerden en de toepassing van de psychiatrie ten behoeve van de rechtspraak (De Rycke et al., 2014 in Casselman et al., 2015). Het statuut van de persoon bepaalt dus of we van forensische zorg spreken of niet. Bijgevolg wordt de zorg door reguliere voorzieningen aan geïnterneerde personen ook als forensische zorg gezien (De Rycke & Pauwelyn in Casselman, 2015). Het onderscheid tussen reguliere en categoriale forensische zorg wordt vaak gemaakt op basis van de beveiliging van de maatschappij en de intensieve werking inzake risicofactoren. Is een gespecialiseerde aanpak nodig om de risicofactoren onder controle te krijgen, dan treedt de categoriale forensische zorg naar voren. Die zorg kenmerkt zich door een specifieke dienst, afdeling, team ... Indien nodig moet een terugkeer naar de reguliere forensische zorg mogelijk zijn (De Rycke & Pauwelyn in Casselman, 2015).

De antwoorden van de bevroegde voorzieningen kunnen inhoudelijk gegroepeerd worden in zes clusters:

1. individuele kenmerken van de geïnterneerden
2. contextfactoren
3. samenwerking tussen de forensische en de reguliere zorg
4. forensische zorg (hier ook als categoriale zorg omschreven)
5. reguliere zorg (in termen van niet-forensische zorg, voorbeelden: OCMW, CAW, CGG, VAPH, beschut wonen, enz.)
6. een aantal algemene hulpverleningsprincipes.

In wat volgt, bespreken we deze zes clusters systematisch.

### 2.2.1 Individuele kenmerken van de geïnterneerde

Een eerste cluster van antwoorden heeft betrekking op factoren die zich situeren op het individuele niveau van de geïnterneerde. De bevroegde instanties vermelden een aantal individuele kenmerken van de geïnterneerde die een rol spelen bij de doorstroom van de forensische/categoriale zorg naar de reguliere zorg of omgekeerd. Het betreft in hoofdzaak elementen die verband houden met het gedrag van de geïnterneerde alsook met zijn of haar fysieke en mentale gezondheid. Een klein aantal voorzieningen geeft aan dat doorstroom vlotter loopt als de geïnterneerde goed kan omgaan met leefregels en met vrijheden.

*“Omgaan met leefregels, samenleven binnen het leefklimaat in reguliere zorg.” (PZ 9)*

*“Leren omgaan met vrijheden nog voor sprake is van mogelijke overgang naar reguliere zorg: hoe wordt hiermee omgegaan.” (PZ 9)*

*“Voldoende signalen dat betrokkene heeft kunnen oefenen met een vrij systeem en deze vrijheid doorgaans kan hanteren.” (PVT 1)*



Ook de motivatie van de geïnterneerde om te werken aan zijn gedrag en gezondheid wordt als een factor door een klein aantal voorzieningen vermeld.

*“Willen werken aan problematiek: behandeling willen=motivatie.” (PZ 9)*

*“Eigen inzet en verantwoordelijkheid van de betrokkene.” (PZ 18)*

*“Cliëntfactoren: gemotiveerde, goed werkbare cliënten stromen makkelijker door.” (For CGG 11)*

Ook ‘de aard van de psychische problematiek’ en ‘de aard van het misdrijf’ in algemene termen vermeldt een voorziening als factoren waar rekening mee wordt gehouden om de overgang vlot te laten verlopen. De aard van de psychische problematiek sluit dan aan bij een zekere stabiliteit in de geestelijke gezondheid van de geïnterneerde. Een aantal voorzieningen vermeldt die factor. De term stabiliteit slaat in hoofdzaak op de psychische gezondheid maar kan in bredere zin ook betrekking hebben op het leven van de geïnterneerde.

*“Een voldoende gestabiliseerde psychiatrische problematiek.” (PVT 1)*

*“Diensten zoals for 2B, for CGG, maar ook reguliere diensten (CAW, OCMW ...) dienen zoveel mogelijk stabiliteit te creëren in het leven van de geïnterneerde persoon.” (PZ 22)*

Tot slot bevordert een laag risico op herval eveneens de doorstroom.

*“Geen tot laag risico op herval in crimineel gedrag.” (PZ 29)*

*“Het aanwezig zijn van objectieve criteria aangaande het veiligheidsrisico.” (PZ 23)*

*“Delictgericht werken niet meer prioritair.” (For CGG 5)*

*“Bij een laag risico inschatting van recidief.” (PVT 6)*

### **2.2.2 De context van de geïnterneerde**

Een tweede cluster van antwoorden bundelt een aantal contextgebonden factoren die aanwezig moeten zijn bij de geïnterneerde opdat een vlotte overgang kan worden gerealiseerd. Het hebben van werk of een dagbesteding wordt door de voorzieningen daarbij als belangrijk aangeduid. Het geeft immers uitzicht op meer financiële draagkracht. Naast werk is ook huisvesting een tweede belangrijke integrerende factor. Een onderliggende voorwaarde om werk en huisvesting te realiseren is dat de belangrijkste administratieve zaken voor de geïnterneerde in orde zijn.

*“Werk, financieel evenwicht, verdere gerichte forensische opvolging (ambulant zorgprogramma of mobiel 2B-team.” (PZ 11)*

*“Voldoende mogelijkheden en begeleiding voor geïnterneerden naar activering en werk toe.” (PZ 20)*

*“Als de geïnterneerde reeds in orde is met alle administratieve zaken als domicilie, inkomen, dagbesteding ... is de stap veel gemakkelijker.” (BW 15)*

*“Stabiele levensomstandigheden, woonst, werk, enz.” (For BW 22)*

Verder wijzen de voorzieningen op het belang van een informeel netwerk voor de geïnterneerde om de overstap naar reguliere zorg en naar meer integratie te zetten. Eén instantie geeft aan dat dit tevens ondersteunend werkt voor de hulpverlening.

*“Medewerking van het eigen netwerk.” (PZ 18)*

*“Zorgen dat er een vangnet is, zeker voor de geïnterneerde maar ook voor de dienst die hem wil opvangen en begeleiden.” (For BW 13)*

*“Naast de motivatie van de betrokkene is een sterk netwerk van familieleden en professionals zeer belangrijk.” (PZ 11)*

Ook het beroep blijven doen op een bepaalde mate van begeleiding is een ondersteunend element om de overgang naar de samenleving goed te laten verlopen. Dit element zit verweven in een aantal van de voorgaande antwoorden en wordt expliciet eruit gelicht door één voorziening.

*“Alle vorige punten kunnen hier ook vermeld worden (...), maar belangrijk is dat er een minimum aan begeleiding dient te zijn.” (PZ 22)*

Deze uitwisseling verloopt dus in beide richtingen. Een steunend netwerk en een bepaalde mate van begeleiding versterken elkaar op een positieve wijze.

De hier aangehaalde factoren wijzen allen op een bepaalde mate van maatschappelijke integratie op meerdere levensdomeinen (wonen, werken, inkomen, sociaal netwerk, enz.).

### **2.2.3 De samenwerkingsrelatie tussen de forensische/categoriale zorg en de reguliere zorg**

Een volgende reeks van antwoorden kan geclusterd worden omwille van een thematische samenhang die betrekking heeft op de samenwerking tussen de forensische/categoriale zorg enerzijds en de reguliere zorg anderzijds. Dit thema van samenwerking komt eerst en vooral in zijn algemeenheid aan bod. Vervolgens wordt dieper ingegaan op subthema's die samenhangen met samenwerking, namelijk omtrent de uitwisseling van informatie en expertise, omtrent het concreet bieden van ondersteuning en omtrent de beeldvorming die actoren/sectoren over elkaar hebben.

In eerste instantie komt dit thema van **samenwerking in zijn algemeenheid** vaak terug in de antwoorden, al dan niet verder verrijkt of verduidelijkt door aan te geven dat het gaat over de samenwerking tussen actoren uit de justitiële en/of forensische sfeer en uit de welzijns- of hulpverleningssfeer.

Uit de antwoorden blijkt duidelijk dat goede zorg en doorstroom voor personen met een statuut van geïnterneerde in belangrijke mate afhankelijk is van een goede samenwerking tussen justitie en welzijn.

*“Intensifiëring van netwerk met justitie.” (PZ 20)*

*“Goede samenwerking met justitie.” (BW 14)*

*“Samenwerkingsverbanden tussen forensische en reguliere werkingen helpen om een vlotte overgang te maken.” (For CGG 11)*

*“Voorzieningen die willen samenwerken (ook op andere domeinen als het forensische).” (For VAPH 2)*

*“Het succes daarvan en de zorg op maat gebeurt door de samenwerking tussen justitiële actoren en reguliere diensten.” (PVT 5)*

Eén antwoord vermeldt de nood aan een aanspreekpunt bij de justitiële actoren om de samenwerking voor welzijnsactoren te vergemakkelijken. Om samenwerking aan te gaan is het uiteraard cruciaal dat belangrijke spelers elkaar gemakkelijk kunnen vinden en contact leggen.

*“Nood aan aanspreekpunt bij justitie voor overleg en afstemming.” (BW 2)*

Andere voorzieningen gaan dan weer dieper in op het belang van vertrouwen in het algemeen en in elkaars deskundigheid en werking in het bijzonder, wil men tot een goede samenwerking komen. Aangezien het om verschillende domeinen en expertises gaat die bij de zorg en uitstroom voor geïnterneerden betrokken zijn, vraagt dat extra aandacht en inzet.

*“Voldoende vertrouwen van justitie in de zorg (minder strafrechtelijk denken).” (PZ 15)*

*“Samenwerking impliceert elkaar en elkaars werking voldoende kennen en vertrouwen op de deskundigheid van elkaar en de mogelijkheid dat reguliere voorzieningen een beroep kunnen doen op de expertise van forensische werking indien nodig.” (For CGG 11)*

Meerdere instanties geven duidelijk aan dat de samenwerking tussen professionele partners, al dan niet geformaliseerd in een professioneel hulpverlenersoverleg, bevorderend werkt voor de overgang van forensische/categoriale zorg naar reguliere zorg.

*“Goede samenwerking door regelmatige netwerkoeverleggen met betrokken diensten (justitie, forensisch team, residentiële en niet residentiële diensten).” (PZ 20)*

*“Het bestaan van een hulpverlenersnetwerk.” (For BW 22)*

*“Goede constructieve samenwerking tussen verschillende diensten en organisaties over de verschillende sectoren heen.” (BW 5)*

*“Naast de motivatie van de betrokkene is een sterk netwerk van familieleden én professionals zeer belangrijk.” (PZ 11)*

Deze intersectorale samenwerking in een netwerkstructuur kan betrekking hebben op verschillende topics. Voorbeelden die door de respondenten worden aangehaald zijn o.a. het samen evalueren van bepaalde trajecten of het samen opzetten van projecten.

*“Regelmatige evaluatie rond motivatie en vorderingen samen met categorale en reguliere zorg.” (PZ 9)*

*“Gezamenlijke projecten die voorziening-overschrijdend worden ingezet.” (PZ 27)*

Eén van de voorzieningen benadrukt daarbij de gelijktijdigheid in het aanbieden van zorg en ondersteuning door verschillende partners die met elkaar verbonden blijven in een netwerk. Deze respondent wijst erop dat het realiseren van doorstroom niet altijd gelijk staat met de begeleiding overdragen van de éne partner naar de andere, maar dat juist de blijvende samenwerking van meerdere actoren nodig kan zijn.

*“Gelijktijdig engagement van meerdere actoren: vaak is een omkadering door meerdere partners tegelijk blijvend nodig. En gaat het niet om doorstroom van de éne naar de andere partner, maar wel om het vormen van een netwerk met meerdere partners tegelijk.” (For CGG 10)*

Eén voorziening vermeldt de concrete werkvorm van zorgtafels waarbij verschillende hulpverleners samen rond de tafel gaan zitten. Volgens deze respondent kan dat eveneens mét betrokkenheid van de cliënt. Op die manier wordt ook het cliëntperspectief op een directe wijze ingebracht.

*“Voldoende overleg tussen de partners, inclusief zorgtafels waarbij de cliënt betrokken is.” (For CGG 1)*

Tot slot vermeldt één voorziening nog dat een goede samenwerking concreet vorm kan krijgen in een afgestemde intakeprocedure of in een vlotte procedure van overplaatsing.

*“Vlotte intakeprocedure in de reguliere zorg en vlotte overplaatsing van mensen uit de forensische zorg naar de reguliere zorg, bijvoorbeeld door vervoer onder begeleiding aan te bieden.” (PZ 11)*

Een tweede belangrijke dimensie bij samenwerking heeft betrekking op de **uitwisseling van informatie en expertise**. In de samenwerking tussen forensische/categoriale zorg en reguliere zorg behoeft deze dimensie bijzondere aandacht, zoals de bevroegde instanties dan ook uitvoerig aangeven.

*“Ondersteuning door categorale partner (bv. forensisch mobiel team) aan de reguliere partner (bv. beschut wonen of PVT). Niet beperkt tot de fase van de dossieroverdracht, maar potentieel lang(er)lopend, onder de vorm van advies, coaching en/of mobiele of ambulante ondersteuning.” (PZ 12)*

Daar nauw bij aansluitend benoemt één van de voorzieningen de factor van het beroepsgeheim en de wijze waarop daarmee wordt omgegaan in de samenwerkingsrelatie.

*“Aandacht en afstemming omtrent informatieoverdracht en beroepsgeheim: belangrijk dat de betrokken partners over de noodzakelijke info beschikken (need to know en niet nice to know).” (BW 7)*

Een aantal voorzieningen accentueert eerder het belang van de juiste expertise die aanwezig moet zijn bij het personeel en gaat dieper in op dit aspect.

*“Men geeft aan onvoldoende expertise te hebben op het forensische vlak. We trachten hierop een antwoord te geven door als dienst voldoende uitleg te bieden over het statuut en de bijhorende gevolgen.” (BW 11)*

*“Betrekken van gespecialiseerde artsen voor specifieke competenties (klinefelter, genderproblematiek, alcohol/drug, androloog ...).” (CGG 2)*

*“De aanwezigheid van reguliere zorg in de ruimere instelling, alsook de bekendheid van deze reguliere zorg met de werking van het forensische traject en de forensische cliënten zelf.” (For PVT 8)*

Andere voorzieningen benadrukken dan weer eerder het aspect van informatieoverdracht in de samenwerking.

*“Een duidelijke, volledige maar ook bondige informatieoverdracht voor de opname.” (PZ 25)*

*“De reguliere partner dient over voldoende en gerichte diagnostische en behandelinformatie te beschikken om te kunnen inschatten of een begeleiding in een reguliere voorziening haalbaar wordt geacht.” (PZ 12)*

Enkele voorzieningen speciëren dat informatie betrekking kan hebben op de juridische informatie over een geïnterneerde of over de feiten die zich hebben voorgedaan.

*“Inzage in het juridisch dossier (expertiseverslag).” (PZ 14)*

*“Belang van het kennen van de feiten en de voorwaarden eraan gekoppeld.” (BW 14)*

Een goede informatieoverdracht vooronderstelt ook het element van goede communicatie als beïnvloedende factor in de samenwerking tussen categoriale en reguliere zorg.

*“Zorg voor goede communicatie en documentatie bij de overdracht van dossiers.” (PZ 27)*

*“Communicatie met justitie.” (For BW 22)*

*“Bovendien dient de communicatie tussen de verschillende zorgpartners (justitie, nazorg, thuiszorg, 107 ...) voldoende op elkaar afgestemd te zijn zodat herval zoveel mogelijk kan vermeden worden.” (PZ 22)*

Een derde dimensie in de opbouw van een goede samenwerking tussen forensische/categoriale zorg en reguliere zorg heeft, volgens de bevroegde voorzieningen, te maken met het effectief **bieden van ondersteuning**. Die ondersteuning kan verschillende vormen aannemen. De voorzieningen ervaren o.a. het blijven bieden van begeleiding onder de vorm van juridisch en ethisch advies, coaching of ambulante zorg als steunend.

*“Ondersteuning door categorale partner (bv. forensisch mobiel team) aan de reguliere partner (bv. beschut wonen of PVT). Niet beperkt tot de fase van de dossieroverdracht, maar potentieel lang(er)lopend, onder de vorm van advies, coaching en/of mobiele of ambulante ondersteuning.” (PZ 12)*

*“Juridische ondersteuning van de zorgsetting bv. bij beslissingen over het verder traject (cf. bewindvoering over de persoon), voorwaarden ...” (PZ 20)*

*“Ondersteuning op vlak van ethische dilemma’s.” (PZ 20)*

*“In sommige situaties noodzakelijk om over te gaan tot actieve ondersteuning op justitieel en forensisch vlak bij de begeleiding.” (BW 2)*

Een heel concreet punt van samenwerking dat door meerdere voorzieningen naar voren wordt geschoven als een bevorderende factor, is de bereidheid en de mogelijkheid tot het bieden van heropname of het bieden van een time-out of een crisisopname.

*“Garantie van de terugkeer naar de forensische zorg.” (PZ 18)*

*“Back-up plan voorzien binnen het zorgnetwerk van de cliënt (voor time-out). Indien crisisopname is voorzien dan kan terugsturen naar de gevangenis vaak worden vermeden.” (For CGG 1)*

*“Flexibel kunnen reageren op time-out vragen vanuit de instelling naar de gevangenis.” (PZ 25)*

*“Heldere en bindende afspraken over opname, doorstroming en heropname.” (PVT 5)*

*“Bereidwilligheid bij de categorale zorg om hun reguliere zorgpartner (tijdelijk en zolang als nodig) te ondersteunen bij crisissen.” (For CGG 7 en 8)*

*“De mogelijkheid tot gemakkelijke doorstroom ook vanuit reguliere naar forensische, in geval van crisis en toename van behandel nood. Ook voor cliënten die niet meteen bekend zijn op die forensische afdelingen.” (For BW 22)*

Een vierde belangrijke factor die speelt in de samenwerkingsrelatie tussen forensische/categoriale zorg en reguliere zorg heeft te maken met de **beeldvorming** die leeft omtrent geïnterneerden, zo geven verschillende instanties aan. De negatieve beeldvorming en het stigma waarmee naar personen met een statuut van geïnterneerden wordt gekeken, bemoeilijken de doorstroom naar andere/reguliere zorg. Een aantal instanties dringt daarom aan op het bijstellen van deze beeldvorming door het delen van ‘good practices’ en door het verruimen van de kijk op geïnterneerden als burger in de samenleving.

*“Good practices zouden moeten gedeeld worden zodoende dat vooroordelen over de doelgroep kunnen verdwijnen.” (BW 12)*

*“Samengevat: de geïnterneerde beschouwen als een burger in de samenleving.” (BW 5)*

*“Een open blik naar personen met een interneringsstatuut.” (For VAPH 2)*

## 2.2.4 Factoren die zich situeren aan de kant van de forensische/categorale zorg

De bevroegde instanties verwijzen in hun antwoorden naar een aantal justitiële actoren die mee een belangrijke rol spelen in het uitzetten van het traject van geïnterneerden en in de doorstroom naar categorale en vervolgens naar reguliere zorg. Uiteraard wordt hier de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM, vroegere CBM) bij de strafuitvoeringsrechtbank vermeld aangezien daar de justitiële voorwaarden worden vastgelegd. Bevorderende factoren voor een vlotte overgang die door de respondenten aangehaald worden, zijn: geen te omslachtige procedures die moeten doorlopen worden en voldoende flexibiliteit in de voorwaarden die aan de justitiabele worden opgelegd. Eén van de respondenten vreest dat die elementen juist meer onder druk komen te staan sinds de hervorming van de KBM.

*“Flexibele voorwaarden voor de justitiabele.” (PZ 15)*

*“Het belang van het kennen van de feiten en de voorwaarden eraan gekoppeld.” (BW 14)*

*“Juridische termijnen en procedures (aanpassing voorwaarden door de KBM).” (For PZ 13)*

*“Minder vlot: momenteel ziet het ernaar uit (sinds CBM werd omgevormd tot KBM) dat er meer procedures zullen moeten worden gevolgd.” (PZ 25)*

De justitieassistenten, werkzaam in de justitiehuisen, vormen een belangrijk aanknopingspunt voor de bevroegde voorzieningen. Zij rapporteren aan de KBM als de geïnterneerde in een residentiële of ambulante voorziening verblijft. Verblijft de justitiabele in een psychiatrische afdeling van een gevangenis, dan rapporteert de psychosociale dienst van de gevangenis aan de Kamer. De respondenten geven aan dat een goede opvolging en een grote betrokkenheid van de justitieassistenten de doorstroom bevorderen.

*“Betrokkenheid justitieassistent.” (PZ 20)*

*“Vlotte samenwerking met de psychosociale dienst van de gevangenissen (bv. voldoende ruime bestaafing, een goed onderbouwd en up-to-date verslag).” (PZ 11)*

*“Het CAP<sup>1</sup> zorgde ervoor dat de brug werd gemaakt tussen de noden voor de zorg en de opvolging door justitie. De belangen van de patiënt werden op die manier behartigd en praktische regelingen verliepen vlot. Er waren minder partijen bij betrokken. Omgekeerd, bij problemen op de afdeling waarbij niets anders meer mogelijk is dan een terugkeer naar de gevangenis, volstond een telefoon naar de justitieassistent en werd de overgang vlot geregeld.” (PZ 25)*

In het forensische zorgcircuit worden door de bevroegde voorzieningen een aantal belangrijke spelers vermeld die de doorstroom uit de gevangenis naar forensische of reguliere zorg vergemakkelijken. Eerst en vooral wordt gewezen op de samenwerking met de schakelteams en de netwerkcoördinatoren zorgtraject geïnterneerde personen, die deze coördineren per hof van beroep. De schakelteams vergemakkelijken op casusniveau de doorstroom van geïnterneerde personen naar een gepaste zorgomkadering en maatschappelijke integratie. Schakelteams bouwen enerzijds netwerken uit om maatschappelijke integratie van geïnterneerde personen te stimuleren, te faciliteren en te optimaliseren. Anderzijds, willen ze de directe terugstroom naar de gevangenis beperken via een optimale trapsgewijze terugschakeling binnen dat netwerk. Om die doelstellingen te bereiken, werkt het schakelteam op meerdere domeinen, zowel met partners uit de strafinstellingen als met actoren vanuit de zorgsector (Casselmann, 2015). De rol die deze actoren spelen, wordt door de bevroegde voorzieningen als heel behulpzaam ervaren, in het bijzonder als het gaat over die geïnterneerden met een meer complexe of zwaardere hulpverleningsbehoefte. Hierbij aansluitend wordt er ook gebruik gemaakt van de expertise aanwezig bij de forensische ambulante mobiele teams (For 2B-teams). Eén voorziening brengt de expertise omtrent daderbegeleiding in als faciliterend bij het realiseren van doorstroom; één andere voorziening vermeldt de expertise omtrent druggebruik.

<sup>1</sup> Centraal Aanmeldingspunt voor druggebruikers in de gevangenis - recent hervormt in 'Tandem' (toeleiding en aanmelding van gedetineerden met zorgvragen omtrent geestelijke gezondheid)



*“Aanwezigheid van mobiele forensische teams: zo kan er opgestart worden ook bij ‘moeilijke’ casussen, waarbij beroep kan gedaan worden op de expertise van het schakelteam.” (PZ 20)*

*“Betrokken partners die helpend zijn: For 2B-teams, daderbegeleiding, schakelteam.” (PZ 17)*

*“Netwerkoördinatoren internering & schakelteams.” (For PVT 8 + For PZ 32)*

*“Mobiele teams die ervaring hebben in het werken met geïnterneerden en druggebruikers met een 24/7 beschikbaarheid.” (For BW 22)*

Er is één voorziening die melding maakt van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) als (nieuw) aanbod in het zorgtraject voor geïnterneerden.

*“Eventuele verwijzing van psychiatrische ziekenhuizen naar FPC zou voor sommige cliënten ook zinvol zijn: zo vermijden ze heropname in de gevangenis.” (PZ 17)*

Een andere factor waar de bevroegde voorzieningen op wijzen als faciliterend om doorstroom te realiseren, is de aanwezigheid van een gedifferentieerd aanbod binnen de voorziening, met name door een combinatie van forensisch/categoriaal en regulier aanbod.

*“Gespecialiseerde zorg binnen het eigen ziekenhuis met bijkomende vormingstrajecten voor de medewerkers die met die patiëntengroep werken.” (PZ 20)*

*“Binnen beschut wonen kunnen we de overgang van forensische naar reguliere zorg probleemloos maken. Cliënten kunnen los van hun statuut terecht in beschut wonen. Wordt de interneringsmaatregel op een bepaald moment beëindigd en wenst de betrokkene nog te verblijven in beschut wonen, dan kan de continuïteit van zorg gegarandeerd worden.” (BW 11)*

*“De aanwezigheid van reguliere zorg in de ruimere instelling, alsook de bekendheid van deze reguliere zorg met de werking van het forensische traject en de forensische cliënten zelf.” (For PVT 8)*

Waar de forensische/categoriale zorg ook een belangrijke ondersteunende rol in kan vervullen, is met hun expertise omtrent risico-inschatting en dus het risico op recidive. Verschillende instanties geven aan dat hierop een beroep kunnen doen een faciliterende factor is in de verdere uitbouw van een zorgtraject.

*“Goed overleg met een duidelijk plan en risicoanalyse.” (For BW 13)*

*“De aanvaarding van het feit dat risicotaxatie en -management onlosmakelijk verbonden zijn met zorg voor geïnterneerden blijft belangrijk. Zelfs als criminogene factoren ‘onder controle zijn’ zal men risico in de gaten moeten houden.” (For PZ 6)*

*“Risicotaxatie wordt bij veel voorzieningen gevraagd maar dit is niet steeds voorhanden: systematiek ontbreekt.” (PZ 17)*

Tot slot speelt het element van ‘gedeelde verantwoordelijkheid’, ook na doorstroom een belangrijke rol. Een aantal instanties vermeldt de nazorg na uitstroom ook als een factor in het zorgtraject.

*“Bereidheid van gespecialiseerde zorg om, ook na verwijzing, nog bij te springen/advies te geven/bewoner terug op te nemen indien dit nodig zou zijn ... zich verder mee verantwoordelijk voelen over de goede afloop ...” (BW 16)*

*“Proactief een plan voor terugschakeling van reguliere naar categoriale hulpverlening uitwerken en alle betrokkenen daarvan in kennis stellen.” (PZ 27)*

*“Engagement op nazorg vanuit de categoriale zorg.” (PZ 27)*

## 2.2.5 Factoren die zich situeren aan de kant van de reguliere zorg

Aan de kant van de reguliere zorg geven de bevroegde voorzieningen aan dat het maken van een goede start en het samen voorbereiden van het traject een positieve invloed hebben op het realiseren van uitstroom. Een beroep kunnen doen op ambulante en mobiele aanbod bij het uitzetten van dat traject, zijn daarbij mede ondersteunend.

*“Goede intake, gedegen overdracht en opvolging.” (PZ 20)*

*“Een sterk ambulante plan voor overgang naar buiten toe lijkt zeer belangrijk om een reclasseringsplan te doen slagen.” (PZ 17)*

*“Een significant criterium voor een vlotte overgang is een vorm van begeleiding aan huis en actief meedenken over de knelpunten van de resocialisatie.” (PZ 22)*

Ook al lag de focus van deze bevraging niet op personeelsomkadering en op de capaciteit van de hulpverlening, toch maken een aantal voorzieningen hier melding van. Het kunnen beschikken over voldoende personeel in de reguliere zorg en tevens aan dit personeel bijkomende opleiding kunnen bieden, worden door enkele voorzieningen als bevorderende factoren vermeld.

*“Voldoende personeelsomkadering indien de patiënt overgaat van een (sterk omkaderd) categoriaal aanbod naar een veel minder omkaderd regulier aanbod (bv. PVT).” (PZ 12)*

*“Bijkomende vormingstrajecten voor de medewerkers die met die patiëntengroep werken.” (PZ 20)*

*“Draagvlak creëren (vorming/coaching/consult/supervisie/intervisie).” (CGG 2)*

Eén van de voorzieningen wijst op de mogelijkheid van aanpassingen in de infrastructuur van de reguliere zorg.

*“Afhankelijk van de risicogroep waartoe de forensische patiënt behoort, kan een aanpassing in de infrastructuur van de reguliere zorg.” (PZ 24)*

Het kunnen realiseren van doorstroom naar de reguliere zorg is tevens afhankelijk van voldoende aanbod of capaciteit. Het voorkomen van wachtlijsten bij bepaalde zorgvormen is dan een obstakel om doorstroom te realiseren. Er wordt melding gemaakt van tekorten in het aanbod van het VAPH (in het bijzonder bij beschermd wonen, tehuizen werkenden en tehuizen niet-werkenden) en van de psychiatrische verzorgingstehuizen.

*“Voldoende beschikbare plaatsen in de reguliere zorg.” (PZ 25)*

*“Beschikbare open plaatsen VAPH allerhande (vooral tekort beschermd wonen, TW én TNW in bepaalde regio's) én zicht hebben op deze open plaatsen.” (For VAPH 3)*

*“Daarnaast dient de zorg beschikbaar te zijn, want nu soms door wachtlijsten en inschrijvingsvoorwaarden wordt ingedijkt.” (PZ 11)*

*“De overgang van forensisch naar reguliere zorg ondervindt nog heel wat hindernissen/belemmeringen: lange wachtlijsten voor reguliere PVT's.” (For PZ 13)*

Er worden een aantal belemmerende factoren aangehaald voor de sector van de gehandicaptenzorg. Naast de tekorten in het aanbod wordt er gewezen op de hoge toelatingsvoorwaarden om een beroep te kunnen doen op het VAPH-aanbod. Anderzijds vormt de transitie naar de persoonsvolgende financiering momenteel een vertragende factor bij doorstroom.

*“Veel belemmerende factoren om een VAPH-erkenning te verkrijgen + capaciteitsproblemen, waardoor de wachtlijsten heel lang zijn. Er kan geen vlotte overgang voorzien worden. (Er kan op dat moment niet voldaan worden aan de noden van de patiënt.)” (For PZ 13)*



*“Het al dan niet beschikken over een persoonsvolgend budget is momenteel de grootste hinderpaal om deze bewegingen vlot te laten verlopen.” (For VAPH 1)*

Voor geïnterneerden van wie de zorgnood bestaat uit meerdere diagnoses en die dus afhankelijk zijn van hulp uit verschillende sectoren, is doorstroom realiseren moeilijker. Bij dubbeldiagnose is het moeilijk om voldoende partners in de zorg betrokken te krijgen, geeft één van de voorzieningen aan.

*“In de praktijk is het desondanks zeer moeilijk om voldoende partners betrokken te krijgen, zeker bij mensen met dubbeldiagnose.” (PZ 17)*

De bevroegde voorzieningen spreken in het algemeen over ‘een bepaalde mate van bereidheid van de diensten’. Als die bereidheid aanwezig is om met deze doelgroep aan de slag te gaan, dan verloopt de doorstroom makkelijker. Deze factor keert meerdere keren terug in de antwoorden. Mogelijks kan dit aspect gekoppeld worden aan het thema van de beeldvorming en het doorbreken van het stigma.

*“Bereidheid van reguliere diensten om deze doelgroep aan te nemen.” (PZ 17)*

*“Bereidheid van de instelling om gemotiveerde geïnterneerden op te nemen.” (PZ 18)*

*“Een reguliere zorg die openstaat voor het aanpassen van zijn behandeling i.f.v. forensische cliënten.” (For BW 22)*

*“Een reguliere partner die bereid is aan de slag te gaan met de ervaring en expertise van hun categorale zorgpartner.” (For CGG 7 en 8)*

Een concreet behulpzaam element dat door twee voorzieningen wordt vermeld, is een overzicht van de beschikbare plaatsen. Uit de antwoorden valt niet direct af te leiden of zij over een dergelijk overzicht beschikken (en dat dit dus behulpzaam is) of dat het ontbreekt (wat de uitstroom bemoeilijkt).

*“Beschikbare open plaatsen VAPH allerhande én zicht hebben op deze open plaatsen.” (For VAPH 3)*

*“Andere factoren die een positieve rol spelen, zijn een duidelijk overzicht van het aanbod zodat gerichte keuzes gemaakt kunnen worden.” (PVT 5)*

## **2.2.6 Hulpverleningsprincipes als gemeenschappelijk kader**

Als een rode draad doorheen de antwoorden van de voorzieningen lezen we een aantal centrale hulpverleningsprincipes. Principes die de hulpverlening door deze voorzieningen in het bijzonder kleuren, zijn enerzijds het vertrouwen, en anderzijds duidelijkheid, eerlijkheid en openheid.

*“Kennis van elkaars werking en wederzijds vertrouwen.” (PZ 23)*

*“Bij de start is er nog geen vertrouwen in de nieuwe hulpverlening en dan is het goed dat men een aantal dingen nog kan bespreken met de mensen bij wie ze vertrouwd zijn.” (BW 8)*

*“Duidelijkheid rond de verwachtingen en doelstellingen binnen een regulier traject helpen om de doorstroom te faciliteren.” (For CGG 11)*

*“Indien geïnterneerden dienen opgevolgd te worden door een dienst Beschut Wonen of Mobiel Team GGZ dienen er duidelijke afspraken gemaakt te worden met de juridische sector, duidelijke communicatie en afstemming.” (BW 10)*

*“Duidelijke/eerlijke communicatie bij aanmelding rond delict en problematiek.” (BW 20)*

*“Duidelijke afspraken rond inclusie- en exclusiecriteria.” (For CGG 7 en 8)*

*“Correcte en zorgvuldige ‘need to know’ open communicatie tussen de verschillende betrokken actoren in een zorgtraject zonder de privacy van de geïnterneerde te schaden maar ter ondersteuning van de doelen van de geïnterneerde en ter behartiging van diens belangen.” (BW 5)*

Een aantal principes waarvan melding wordt gemaakt in de antwoorden, zijn afkomstig uit de psychiatrische zorg, namelijk herstelgericht werken en rehabilitatie.

*“Dat er gestreefd wordt naar zijn rehabilitatie en dat hij kansen krijgt tot herstel en re-integratie.” (PVT 5)*

*“Goede samenwerking en zorg op maat in het kader van herstel en revalidatievisie.” (BW 7)*

Een aantal hulpverleningsprincipes hebben dan weer meer betrekking op het traject en op de wijze waarop de doorstroom best verloopt. De voorzieningen ambiëren dan de realisatie van een naadloze overgang of van een geleidelijke overgang en een warme overdracht.

*“Een warme overdracht – overleg tussen de verschillende partners, al dan niet in het bijzijn van de geïnterneerde.” (BW 20)*

Dit realiseren vraagt ook een goede voorbereiding, wat aansluit bij het principe van proactief handelen en van preventief werken.

*“Preventief werken door op tijd spanningen te signaleren.” (PVT 5)*

*“Proactief een plan voor terugschakeling van reguliere naar categorale hulpverlening uitwerken en alle betrokkenen daarvan in kennis stellen.” (PZ 27)*

Voorts wordt melding gemaakt van de principes van gedeelde zorg en van gelijktijdige zorg om een zorgtraject goed te faciliteren. Bovendien is het voor een aantal geïnterneerden belangrijk dat ook langdurige zorg aangeboden kan worden.

*“Gelijktijdig engagement van meerdere actoren: vaak is een omkadering door meerdere partners tegelijk blijvend nodig.” (For CGG 10)*

*“Openheid en engagement voor gedeelde zorg.” (BW 14)*

Tot slot worden de principes van cliëntbetrokkenheid alsook van empowerment en krachtgericht werken als behulpzaam ervaren in het uitzetten van doorstroomtrajecten.

*“De nadruk ligt uiteraard op empowerment en zelfredzaamheid van de persoon waarbij de probleemgebieden samen met ondersteunende diensten worden aangepakt.” (PZ 22)*

*“Een positieve strafrechtelijke macht richt zich op de capaciteiten van mensen en op de uniciteit van de mens. Het succes daarvan en de zorg op maat gebeurt door de samenwerking tussen justitiële actoren en reguliere diensten.” (PVT 5)*

*“Face to face gesprek met betrokkene (i.p.v. beslissing op basis van dossier).” (CGG 2)*

*“Voldoende overleg tussen de partners, inclusief zorgtafels waarbij de cliënt betrokken is.” (For CGG 1)*

*“Kaderen van de feiten in het algemeen functioneren en levensgeschiedenis van de persoon (meer kijken naar de persoon, niet enkel naar de feiten.)” (For VAPH 2)*

## 2.3 VERWERKING VAN VRAAG 3

### Wat kan Vlaanderen doen (naast het voorzien van voldoende capaciteit in de zorg) om de doorstroom van geïnterneerden vlotter te laten verlopen?

De antwoorden van de respondenten op deze vraag beperken zich niet tot aanbevelingen ten aanzien van de Vlaamse overheid. Men maakt het onderscheid tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus meestal niet en de aanbevelingen doorkruisen verschillende bevoegdheden en bevoegdheidsniveaus. Doordat de antwoorden soms vrij algemeen blijven, is het vaak niet mogelijk de link te leggen tussen het gegeven antwoord en een bepaalde bevoegdheid. Hoewel een ver doorgedreven onderscheid naar bevoegdheid in deze analyse dus niet mogelijk is, maken we toch volgend onderscheid in de aanbevelingen van de bevroegde instanties: aanbevelingen ten aanzien van de bevoegde overheden (met name welzijn en justitie), ten aanzien van specifieke sectoren of instanties, ten aanzien van de aangrenzende beleidsdomeinen van welzijn en justitie, en tot slot aanbevelingen voor de hulpverleningspraktijk zelf.

#### 2.3.1 Aanbevelingen ten aanzien van de bevoegde overheden

In de vraagstelling werd er gevraagd naar wat Vlaanderen kan doen, naast het voorzien van voldoende capaciteit. Toch benadrukken heel wat van de bevroegde diensten de nood aan capaciteitsuitbreiding, zowel wat betreft het personeel, de infrastructuur als meer algemene financiële ondersteuning. Ook de wachtlijsten blijven een pijnpunt voor de doorstroom van geïnterneerden.

*“Zonder voldoende capaciteit hebben andere acties geen zin.” (For CGG 4)*

*“Reguliere voorzieningen dienen eerst de mentale ruimte te kunnen creëren om geïnterneerden te laten instromen, dit wil zeggen dat de druk van de wachtlijsten omlaag moet, en dat bv. een forensisch CGG-team de reguliere CGG-teams moet kunnen ondersteunen en motiveren om met dit cliënteel aan de slag te gaan. Dit veronderstelt een andere aanpak, dat zowel capaciteit als mentale ruimte veronderstelt.” (For CGG 10)*

*“Afhankelijk van de risicogroep waartoe de forensische patiënt behoort kan een aanpassing in de infrastructuur van de reguliere zorg zich opdringen. Toename van intensiteit van begeleiding is een onvermijdelijk onderdeel van toename in ernst risicoprofiel. De omkadering die dit vereist moet dan ook mogelijk zijn in de reguliere zorg.” (PZ 24)*

*“Wachtlijsten zijn een pijnpunt binnen de zorgsector. Gezien de vermaatschappelijking van zorg en de steeds groter wordende erkenning van psychiatrische patiënten, is het aangewezen dat er budget wordt toegekend om middelen en personeel te kunnen inzetten volgens de vraag.” (PZ 11)*

Een aantal voorzieningen merkt op dat het van belang is dat de middelen flexibel kunnen worden besteed.

*“Voldoende soepelheid in de financiering (en eventueel gedeeltelijke extra financiering) om vanuit onze werking de noodzakelijke extra functies op te nemen: doorstroomtrajecten ondersteunen.” (For VAPH 3)*

Heel wat diensten hebben het specifiek over het ambulante aanbod, zowel forensisch als niet-forensisch, dat zou moeten worden uitgebreid. Daarbinnen kent het mobiele aanbod een specifieke plaats.

*“Meer ambulante begeleiding voorzien, niet vanuit een controlerende functie (forensisch mobiel team), eerder vanuit een ondersteunende functie.” (PZ 25)*

*“Voldoende capaciteit wil ook zeggen: voldoende specifieke capaciteit binnen de mobiele teams. En de oprichting van forensische outreach en/of FACT-teams.” (For PVT 8)*

Mobiele teams werken soms ook met bepaalde exclusiecriteria wat de doorstroom niet ten goede komt. Eén instantie merkt op dat forensische mobiele teams beter zouden werken rond druggebruik, eerder dan dit als exclusie criterium voor hun zorg te gebruiken. Een andere vindt dat sommige teams met een te korte tijdslimiet werken.

*“Druggebruik is een exclusie criterium om iemand aan te melden bij het forensisch mobiel team, terwijl 80% van de geïnterneerden af en toe drugs gebruikt. Er zou meer met druggebruik zelf, preventie en behandeling, harmreduction, moeten gewerkt worden i.p.v. de voordeur hiervoor dicht te houden.” (PZ 25)*

*“Sommige mobiele 2B-teams hanteren ook een tijdslimiet van bv. enkele maanden, wat voor velen onvoldoende is en waardoor ze terug in de psychiatrische ziekenhuizen terecht komen.” (PZ 11)*

Naast het ambulante aanbod blijkt er ook nood aan een aanpassing van het residentieel aanbod. Dat is zowel het geval voor geïnterneerden die zelfstandig kunnen wonen als voor zij die dat niet kunnen. Aanbevelingen van de bevroegde voorzieningen met betrekking tot de reguliere private of sociale huisvesting komen later aan bod. Voor wat betreft meer beschermde woonvormen is er vraag naar een uitbreiding van de capaciteit, meer opvangmogelijkheden in crisissituaties, meer mogelijkheden voor langdurig verblijf en naar de ontwikkeling van tussenvormen op maat voor bepaalde doelgroepen. Wat dit laatste item betreft, gaat het om aangepaste voorzieningen voor ouderen, voorzieningen zoals psychiatrische verzorgingstehuizen maar met een ruimere omkadering of juist om het creëren van meer open settings waar de hulpverlening kan experimenteren met vrijheden voor de geïnterneerde persoon.

*“Meer capaciteiten voor forensisch begeleid wonen, gesloten huizen, overgangshuizen met studiowerkingen.” (For VAPH 2)*

*“...Momenteel zijn er zeer lange wachttijden voor beschut wonen...” (PZ 11)*

*“Nood aan voldoende capaciteit voor gespecialiseerde residentiële woonondersteuning met behandelingscomponent binnen VAPH (o.a. voor mannen én vrouwen) (cf. personen met handicap in gevangenis en het forensisch centrum Gent).” (For VAPH 3)*

*“Meer plaatsen voor forensisch beschut wonen of voorzieningen van het VAPH, eventueel tijdelijke forensische (halfweg of doorstroom-) huizen om de overgang van residentieel naar zelfstandig wonen vlotter te laten verlopen.” (PZ 22)*

*“Voldoende opvangmogelijkheden voorzien in zake crisisbedden. Forensisch cliënteel zijn vaak draaideur-clieñten die regelmatig crisisopvang nodig hebben.” (For BW 22)*

*“Toezien op de organisatie van long-stay units binnen reeds bestaande categoriale zorg.” (For CGG 7 en 8)*

*“Uitbouw aangepaste voorzieningen voor ouderen, bv. studiowonen (een eigen stekje maar met 24 u. omkadering).” (PZ 11)*

*“Opstart van een zogenaamde PVT+, met ruimere omkadering: in een PVT worden mensen gezien als ‘bewoners’ (is bij velen een andere beleving, weg van het juk van patiënt), maar de huidige PVT-vormen zijn voor sommigen te weinig gestructureerd; vele geïnterneerden zouden met PVT+ ook hun nodige zorg en comfort krijgen om een zo ‘normaal’ mogelijk leven te kunnen leiden.” (PZ 11)*

*“Meer oefenterrein creëren voor geïnterneerden om met de mogelijkheden en beperkingen van het vrije leven te leren omgaan.” (PVT 1)*

De bevroegde voorzieningen melden dat een aantal drempels of toelatingsvoorwaarden in de reguliere zorg soms een doorstroom van geïnterneerden hinderen.

*“Niet te veel drempels/controlemechanismen/evaluatiemomenten/administratieve belasting enz. installeren binnen de reguliere zorg.” (PZ 25)*

*“Meest subsidiaire zorg is niet altijd de meest gepaste zorg. Toeleiding moet ook naar ‘minder toegankelijke echelons’ kunnen.” (PZ 17)*

Naast aanpassingen in het aanbod, is het werken aan de beeldvorming van internering een volgend belangrijk werkpunt waar de overheid iets aan zou moeten doen volgens de voorzieningen. Soms spreekt men over de ‘stigmatisering’ of het ‘taboe’ rond internering of soms ook ruimer rond geestelijke gezondheidszorg. Het is daarbij opvallend dat men zowel de perceptie van de reguliere diensten wil veranderen als die van de maatschappij als geheel.

*“Werken aan een mentaliteitsverandering van de samenleving - het doorbreken van het taboe dat er nog steeds hangt rond de geïnterneerde.” (For BW 13)*

*“De maatschappij informeren, adviseren, sensibiliseren en motiveren tot acceptatie van geïnterneerden kan het proces van re-integratie verzachten en zijn dynamiek bevorderen.” (PVT 5)*

*“Draagvlak creëren in de maatschappij voor de brede integratie van mensen met een interneringsstatuut (mogelijke optie: quota opleggen aan de betrokken Vlaamse hulpverleningsdiensten).” (CGG 2)*

*“Meer info geven rond internering om zo het taboe van ‘ze zijn te gevaarlijk voor bij ons op dienst’ te doorbreken.” (PZ 27)*

*“Weerstand bij andere psychiatrische settings/VAPH-voorzieningen om mensen met een interneringsstatuut op te nemen of over te nemen.” (PZ 11)*

*“Voorzieningen die kampen met vooroordelen en weerstand ten aanzien van de doelgroep sensibiliseren en aanspreken op hun verantwoordelijkheid in het opnemen van zorg naar deze doelgroep.” (For CGG 11)*

Hier kunnen we ook de link leggen naar de vermaatschappelijking van de zorg, een belangrijke pijler in het Vlaams zorg- en welzijnsbeleid. Verschillende instanties gebruiken dit paradigma om de noodzaak aan te geven van een (betere) integratie van geïnterneerden in de maatschappij, in reguliere diensten en binnen justitie.

*“Justitie duidelijk maken dat vermaatschappelijking ook een verantwoordelijkheid voor hen is. Een goed traject start reeds in de gevangenis, men kan zich niet van deze verantwoordelijkheid ontdoen.” (BW 12)*

De overheid zou voorzieningen ook kunnen stimuleren om de groep van geïnterneerden op te nemen in hun beleidsplannen.

*“Eventuele maatregelen zijn het opzetten sensibiliseringsinitiatieven en de vraag van de overheid om deze doelgroep een plaats te geven in beleidsplannen van voorzieningen. Ook via een beperkte financiële incentive (die ook een vergoeding is voor o.m. de extra verplichtingen in het kader van rapportering) zou dit kunnen gestimuleerd worden.” (For PZ 32)*

Naast het aanpakken van de capaciteitsproblemen en beeldvorming rond internering, zien de bevroegde instanties nog verschillende andere mogelijkheden voor de overheid om diensten die met geïnterneerden werken te ondersteunen. Het gaat daarbij voornamelijk om het systematisch aanbieden van bepaalde informatie. Dat kan zowel gaan om het verspreiden van bepaalde vakspecifieke kennis, als om het bevorderen van kennisuitwisseling tussen organisaties.

Wat betreft de specifieke kennis waar nood aan is, vermeldt men meetinstrumenten om het risico op herval in kaart te brengen, duidelijke(re) informatie rond het juridisch statuut en informatie over de zorgvoorzieningen bij de justitiële partners. Daarnaast willen sommige voorzieningen graag een gezamenlijk platform waar kennis en informatie gedeeld kan worden en waarlangs een goede doorstroom van informatie mogelijk is.

Een aantal voorzieningen pleit voor opleidingen voor het personeel in de reguliere zorg in het omgaan met geïnterneerden en/of forensische psychiatrie. Er zou specifieke aandacht moeten gaan naar deskundigheidsbevordering en risicotaxatie binnen deze opleidingen.

*“De reguliere partners bijscholen, ondersteunen in het begeleiden van forensische cliënten want forensische cliënten verwachten toch steeds een aangepaste zorg. De behandeling van forensische cliënten is vaak niet hetzelfde als die van reguliere cliënten.” (For BW 22)*

*“Sensibilisering en deskundigheidsbevordering rond geïnterneerden voor psychiaters (in opleiding) en hulpverleners reguliere zorg (zowel ambulante als residentiële).” (For CGG 4)*

*“Opleiding voorzien waarin forensisch, orthoagogisch en psychiatrisch werken gecombineerd wordt (aanvullend en/of basisopleiding).” (For VAPH 2)*

*“Opleiding in functie van risico-inschatting en welke plaats een risico inneemt in een behandeling/resocialisatie. Een opleiding zou niet enkel op een risico-georiënteerde benadering moeten gebaseerd zijn (Risk-Need-Responsivity). Daarvoor kan de regio Antwerpen en Limburg sinds kort beroep doen op de Risk Assessment Teams. Dit verbeterproject zou mogelijks uitgebreid kunnen worden naar de andere Vlaamse regio's. Voor de reguliere zorg zou dit eerder wenselijk zijn vanuit een sterktegerichte benadering (Good Lives Model).” (For PVT 8)*

Naast het louter (door)geven van informatie weerklinkt bij een aantal instanties ook de roep naar verduidelijking. Verduidelijking van de taken en verantwoordelijkheden van alle actoren betrokken bij internering (over bevoegdheden heen), verduidelijking van de mogelijkheden, voorwaarden en risicotaxatie bij de doorstroom van cliënten en verduidelijking van definities en taalgebruik.

*“De inschatting van de ‘gevaarlijkheid’ van een geïnterneerde verloopt op een diverse manier en volgens verschillende criteria zowel binnen justitie als binnen hulpverlening. Wanneer moet een geïnterneerde een residentiële zorgaanbod krijgen, wanneer kan dit ambulante? Wanneer kan er een overgang gemaakt worden? Wie schat dit in en op welke manier? Het zou goed zijn moest hier een duidelijker kader komen op alle niveaus in de trajecten en in de overgangen binnen trajecten.” (For CGG 11)*

*“Een beleidskader uitwerken met oog voor zorgtrajecten vanuit het standpunt van de geïnterneerde en zijn zorgnood. Zorgnoden houden nl. geen rekening met bevoegdheden, dus de vraag is daar waar de grens ligt.” (PZ 6)*

Een aantal instanties wijzen op een functionele samenwerking met betrekking tot geïnterneerden tussen de bevoegde overheden. Meer duidelijkheid en een vlotte informatieoverdracht zou de werking rond geïnterneerden versterken.

Wat de risicotaxatie betreft, doen een tweetal instanties gerichte aanbevelingen over het moment in de doorstroom wanneer dit zou kunnen gebeuren, namelijk: bij alle geïnterneerden die uit de gevangenis komen of net voor een mogelijke opname.



Er zou nieuwe kennis ontwikkeld moeten worden via o.a. het ontwikkelen van good practices en het opstarten van gericht onderzoek naar geïnterneerden. Meer specifiek vernoemt men onderzoek naar de trajecten van geïnterneerden, herval en noden- en behoeftenonderzoek. Over het algemeen is er weinig onderzoek binnen de forensische psychiatrie.

*“Investeren in wetenschappelijk onderzoek binnen forensisch psychiatrische zorg. Nog steeds wordt te weinig aandacht gegeven aan forensische psychiatrie binnen de wetenschappelijke wereld.” (For PZ 6)*

Een tweetal bevestigde instanties beveelt een betere regionale spreiding van het aanbod voor geïnterneerden aan.

*“Soms krijgen wij vragen voor opnames van geïnterneerden van regio’s ver buiten West-Vlaanderen – dat bemoeilijkt het uitbouwen van een traject, opzetten van een netwerk, met de nieuwe interneringswet kregen we bv. een opname van iemand vanuit de gevangenis waarvan de internering werd stopgezet omdat de feiten waarvoor ze vroeger werd geïnterneerd, nu niet meer tot een internering zouden leiden; deze persoon is via een gedwongen opname in ons psychiatrisch ziekenhuis terechtgekomen.” (PZ 11)*

De voorzieningen vragen de overheid tevens om een aantal vereenvoudigingen. Men wil onder andere een rationalisatie van de bestaande netwerken.

*“Overzicht en vereenvoudiging brengen in de veelheid van (nieuw opgerichte) netwerken allerhande, waarbij veel middelen gaan naar coördinatie en het zoeken naar plaatsen die er niet zijn. Het netwerk FOD Volksgezondheid-Justitie per Hof van Beroep is daarvan een mooi voorbeeld. Elke geïnterneerde met een handicap kan beschikken over een contactpersoon CRZ/medewerker schakelteam/PSD/JWW/... meerdere personen die eigenlijk met hetzelfde bezig zijn: het zoeken naar een plaats die er niet is. Coördinatie van de coördinatie is stilaan aangewezen.” (For VAPH 1)*

Daarnaast wordt het teveel aan procedures geheld. Administratieve vereenvoudiging of het aanstellen van een casemanager zouden soelaas kunnen bieden.

*“Overleg tussen justitie en GGZ wordt bemoeilijkt door te veel procedures. Dit verhindert het vlot schakelen tussen beiden diensten. Informatie die belangrijk is voor de (verschillende) behandelaars(s) zou vlot moeten kunnen worden gedeeld. Interessant kan zijn dat er voor de geïnterneerde een casemanager is die overzicht houdt over het parcours dat wordt afgelegd. Zowel naar continuïteit van zorg als naar doorstroming van informatie kan dit zeker een meerwaarde zijn. In de huidige regeling verandert de justitieel assistent afhankelijk van de regio waar de geïnterneerde verblijft.” (PZ 25)*

De bevestigde voorzieningen hebben een aantal aanbevelingen in verband met de regelgeving. Verschillenden van hen vermelden het beroepsgeheim: zij willen een grondige dialoog en/of een wettelijk kader rond het gedeeld beroepsgeheim.

*“Een grondige dialoog over het beroepsgeheim in de afstemming tussen maatschappelijke/justitiële belangen (veiligheid) en de individuele belangen van de patiënt (spanningsveld tussen wat kan gedeeld worden en wat moet gedeeld worden).” (PZ 12)*

*“Wettelijk kader rond gedeeld beroepsgeheim tussen justitieassistent en externe hulpverleners scheppen.” (PZ 17)*

Men vraagt bovendien een betere juridische bescherming van de behandelaar. Die neemt soms risico's om geïnterneerden bepaalde kansen te geven. Tot slot hebben twee voorzieningen ook suggesties in verband met de regeling voor bepaalde zorgberoepen.

*“Indien zorgkundigen niet langer deel zouden uitmaken van de gezondheidszorgberoepen (KB78): een Vlaams decreet voor de beroepsuitoefening van zorgkundigen en andere disciplines.” (PZ 12)*

*“Gelijkstellen van lonen: gelijkstellen van lonen zodat we ook psychiatrisch verpleegkundigen in dienst kunnen nemen (haken nu af omwille van te laag loon).” (For VAPH 2)*

### 2.3.2 Aanbevelingen voor specifieke sectoren of instanties

Naast de meer algemene aanbevelingen om de doorstroom van geïnterneerden te bevorderen doen de bevraagde instanties ook een aantal aanbevelingen naar specifieke instanties of sectoren.

Wat betreft justitie zijn er aanbevelingen voor de gevangenen en voor de KBM. Een element dat regelmatig terugkomt is dat resocialisatie en zorg meer aandacht zouden moeten krijgen binnen de gevangenen.

*“Binnen de gevangenis nog meer werken naar re-integratie, rehabilitatie van geïnterneerden. Werken met zorgprogramma's, modules die de geïnterneerden doorlopen om de stap zo klein mogelijk te maken.” (BW 15)*

*“Meer zorg organiseren binnen de beveiligde centra om zo snel en adequaat mogelijk de aanwezige psychiatrische problematiek te behandelen.” (PVT 1)*

*“... Investeren in medisch/psychiatrische zorg binnen de gevangenen: controle en toezicht op medicatie, uitbreiden van zorgteams, meer nood aan psychiatrische consulten, opleiding voorzien voor penitentiair beambten rond zorg voor mensen met een psychiatrische problematiek, minder strenge voorwaarden, opnamecriteria voor het FPC.” (PZ 11)*

Twee bevraagde instanties zeggen dat het probleem van een moeizame doorstroom van geïnterneerde cliënten voornamelijk bij de KBM ligt. De KBM zou cliënten regelmatig onnodig lang tegenhouden.

*“Vlaanderen is niet zozeer het probleem. De CBM's zijn dat vaak wel. Enkele voorbeelden. Doorstroom van residentiële behandeling in een PZ naar beschut wonen wordt nogal eens onnodig lang tegengehouden omdat CBM weigert vrijheden uit te breiden. Forensisch categoriale CGG zit met een enorme caseload omdat CBM doorstroom naar de reguliere zorg weigert bij cliënten die reeds jarenlang stabiel functioneren. Kostbare begeleidingstijd gaat zo verloren aan cliënten die eigenlijk deze gespecialiseerde hulp niet meer nodig hebben.” (BW 1)*

Een andere instantie wenst meer duidelijkheid omtrent de nieuwe werking van de KBM, bijvoorbeeld via een studiedag, en een snellere afhandeling van verzoeken.

Wat betreft de Vlaamse bevoegdheden die raken aan justitie, vraagt één instantie om een betere omkadering van het justitieel welzijnswerk (CAW). Een aantal anderen hebben aanbevelingen in verband met de justitieassistenten. Zo vraagt één instantie een vlottere aanstelling, vervanging en samenwerking. Anderen vragen om het aantal assistenten te verhogen of om meer duidelijkheid in de rol van justitieassistent.

*“Continuïteit in zorg gaat verloren bij overgang reguliere zorg naar forensische zorg en omgekeerd: meer justitieassistenten voorzien voor een goede opvolging van de geïnterneerden.” (PZ 11)*



De schakelteams internering worden over het algemeen als helpend gezien in de destigmatisering van de doelgroep ten aanzien van de hulpverlening en voor de afstemming tussen cliënt, begeleidingsdienst en justitie. Eén instantie ziet wel graag hun rol ietwat aangepast.

*“Rol van schakelteams uitklaren: schakelteams zouden moeten kunnen eerst inschatting maken en voorgaand advies formuleren van traject en mogelijkheden (i.p.v. later in traject een advies te formuleren).” (PZ 20)*

Ook met betrekking tot de reguliere gezondheidszorg worden een aantal aanbevelingen gedaan. Zo zegt één instantie dat er geïnvesteerd moet worden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een andere wenst dat er een psychiater wordt aangesteld om het traject van geïnterneerden te bewaken.

*“Aanstellen van een psychiater die voor geïnterneerden eventuele nazorg wil doen of mee het traject wil bewaken bij opname. De factor ‘verantwoordelijkheid’ bij internering en het mogelijke mislopen/recidivegevaar zorgt ervoor dat herstelgericht werken minder mogelijk is. Het recidivegevaar wil men vermijden waardoor mijns inziens minder kansen worden gegeven.” (PZ 17)*

Er zijn ook signalen dat thuiszorg of psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT) meer zou moeten worden ingezet in de (soms langdurige) zorg voor geïnterneerden.

*“Samenwerking/coaching met en van thuiszorgdiensten teneinde hen toe te laten om met deze doelgroep te werken en een specifieke aanpak (voor zover nodig) te voorzien voor forensische patiënten in hun zorgaanbod.” (BW 7)*

*“Voldoende aangepaste zorg en begeleiding in de thuissituatie.” (PZ 15)*

Wat betreft de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) zijn er verschillende geluiden te horen. Eén instantie zegt dat PVT's moeten worden gesensibiliseerd om laag risico geïnterneerde seksueel delinquenten op te nemen, een andere pleit voor de oprichting van een zogenaamd 'PVT+' met een ruimere omkadering van de woonfunctie dan nu het geval is (cf. supra). Een andere instantie kaart de stigmatisering van PVT-bewoners aan waardoor doorverwijzingen uit de PVT's stroef verlopen.

*“Destigmatisering van de forensische PVT-bewoner: doorverwijzingen naar reguliere settings buiten de afdelingen X en naar outreachteams of mobiele teams buiten deze gelieerd aan de eigen instelling, verlopen moeizaam omwille van het PVT-statuut. Een overgang van een PVT-afdeling naar een behandelafdeling is echter geen evidentie, omdat een cliënt op een PVT gezien wordt als uitbehandeld. Veel cliënten op een forensische PVT bevinden zich eerder in een situatie van langdurige behandeling dan in een situatie van uitbehandeling.” (For PVT 8)*

Wat betreft het beschut wonen is er nood aan een uitbreiding van de capaciteit volgens sommige diensten. Anderen vragen daarnaast ook om een flexibilisering van de toelatingsvoorwaarden voor geïnterneerden.

*“Mogelijkheden voorzien die het haalbaar maken om geïnterneerden makkelijker te laten instromen in het reguliere beschut wonen.” (PZ 25)*

Tot slot hebben heel wat bevraagde instanties aanbevelingen betreffende de sector van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). De meest voorkomende is dat er meer aanbod zou moeten zijn in deze sector voor geïnterneerden. Sommigen verwoorden dat in algemene termen, anderen hebben het specifiek over gespecialiseerde residentiële woonondersteuning met behandelingscomponent of 'longstays'. Diensten vermelden dat geïnterneerden regelmatig buiten het VAPH-circuit vallen.

*“Binnen VAPH-ruimte mogelijk maken voor deze doelgroep (mentale beperking).” (PZ 15)*

*“Nood aan een longstay VAPH-georiënteerd geïnterneerden (er is onvoldoende capaciteit binnen VAPH). Het is duidelijk dat bepaalde doorstroomtrajecten heel lang zullen duren en in bepaalde situaties onhaalbaar zullen zijn op basis van risicotaxatie ondersteuningsintensiteit. Intensieve woon- en dagondersteuning blijft noodzakelijk.” (For VAPH 3)*

Het lijkt van belang om specifiek voor het VAPH ook te werken aan het destigmatiseren van de doelgroep. Nu schrikken volgens de respondenten sommige voorzieningen ervoor terug om personen met een interneringsstatuut op te nemen. Vorming of een beperkte financiële incentive worden genoemd als oplossingen om die weerstand weg te werken.

*“Weerstand bij andere psychiatrische settings/VAPH-voorzieningen om mensen met een interneringsstatuut op te nemen of over te nemen ... vorming voorzien voor psychiatrische ziekenhuizen/VAPH-voorzieningen die minder met deze doelgroep werken, om de stigma's weg te nemen en handvaten te geven rond omgang met geïnterneerden.” (PZ 11)*

De problemen met betrekking tot het aanbod en het voldoende opnemen van geïnterneerden worden ook, zij het in mindere mate, vermeld voor de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg.

Een tweetal respondenten geven aan dat het helpend zou zijn als geïnterneerden in prioriteitengroep 1 van de persoonsvolgende financiering zouden worden opgenomen of zouden blijven na detentie.

*“Geïnterneerde personen in prioriteitengroep 1 houden wat betreft VAPH wanneer ze in een opname zijn. Nu is dit enkel wanneer ze in detentie verblijven.” (For PZ 13)*

### **2.3.3 Aanbevelingen voor de aangrenzende beleidsdomeinen**

Zoals ook uit de antwoorden op vragen 1 en 2 bleek, zijn verschillende levensdomeinen van belang bij de integratie en doorstroom van geïnterneerde cliënten. Andere bevoegdheden dan welzijn, volksgezondheid en justitie zijn betrokken en de bevroegde instanties doen eveneens aanbevelingen over deze onderwerpen.

Een zeer belangrijk domein dat nog voor verbetering vatbaar is, blijkt huisvesting te zijn. Een groot aantal van de voorzieningen beveelt aan om meer in te zetten op geschikte huisvesting voor (ex-)geïnterneerden. Wat betreft de geïnterneerden die zelfstandig kunnen wonen, wordt aandacht gevraagd voor de toegankelijkheid van de sociale en de private huurmarkt. Men hekelt de betaalbaarheid van woningen op de reguliere huurmarkt en de lange wachttijden voor sociale huisvesting. Als oplossingen benoemt men tegemoetkomingen, huursubsidies, uitbreiding van het aanbod of minder strenge regels voor verhuurders.

*“Voldoende woningen en voldoende toegang tot de sociale en private huurmarkt.” (PZ 12)*

*“Mogelijkheden voorzien die het haalbaar maken om geïnterneerden makkelijker te laten instromen in de reguliere huurmarkt.” (PZ 25)*

*“Tegemoetkoming voor het huren van een studio/appartement op de huurmarkt. Sommigen hebben een te krap budget om op een redelijke manier rond te komen.” (For PVT 8)*

*“Huisvesting: momenteel zijn er zeer lange wachttijden voor beschut wonen, sociale huisvestingsmaatschappijen; binnen de reguliere woonmarkt is het bijna onmogelijk om een huurwoning te vinden; minder strenge regels voor verhuurders, zodat huizen aan betaalbare prijzen kunnen worden verhuurd en dat niet alle extra investeringen die de verhuurder moet doen, doorgerekend worden (niet alle mensen vragen een huis dat ‘tiptop in orde’ is, ze willen gewoon een betaalbare woning).” (PZ 11)*

Eén voorziening wil de geïnterneerde persoon beter ondersteund zien in het zelfstandig wonen.

*“Meer inzetten op woonbegeleiding en wooncoachen bij re-integratie in de maatschappij.” (PZ 25)*

Voor de geïnterneerden die niet zelfstandig kunnen wonen, zouden er meer aangepaste woonvormen moeten bestaan. Men vraagt om een uitbreiding van het aanbod beschermde woonvormen, maar ook de ontwikkeling van tussenvormen op maat van de geïnterneerden of voor bepaalde doelgroepen van geïnterneerden.

*“Oprichting van meer beschermde woonvormen: zeker voor die geïnterneerden waar zelfstandig wonen niet mogelijk is, maar een verblijf op een (forensische) PVT niet nodig is, zijn er te weinig tussenvormen. Voorbeeld: brugwonen in Brugge.” (For PVT 8 en For PZ 32)*

Meer specifieke aanbevelingen over residentiële woonvormen binnen de zorg zijn te vinden in 2.3.1.

Naast huisvesting wordt ook werk frequent vernoemd als een domein waar Vlaanderen meer zou kunnen doen om de doorstroom van geïnterneerden te verbeteren. Het voorbereiden van de geïnterneerde op tewerkstelling is daarbinnen een belangrijk aandachtspunt. Arbeidszorg, rehabilitatie en activering worden vernoemd. Men wil dit vervat zien in regelgeving, meer aangepast werk of men wil dat de overheid investeert in ‘specifieke activiteitencentra die een voorbode moeten/kunnen zijn van een tewerkstelling’.

*“Voldoende arbeidszorg en arbeidsrehabilitatie (trede 3 en 4 op de participatieladder): een werk-welzijn-decreet dat mengvormen van begeleiding toelaat.” (PZ 12)*

*“Een regelgeving die de activering van geïnterneerden faciliteert.” (PZ 12)*

*“Momenteel zijn er zeer lange wachttijden om iemand binnen GTB in begeleiding te krijgen; meer inzetten op ontmoeting- en activiteitencentra voor mensen met dit statuut.” (PZ 11)*

Zoals in het citaat hierboven geïllustreerd, wordt werk soms in één adem genoemd met opleiding, vrije tijd en ontmoeting.

*“Aanbod vrije tijd, ontmoeting, vorming en tewerkstelling in de directe regio voorzien.” (BW 7)*

*“Vrijetijdspartners mobiliseren om hun aanbod open te stellen en specifiek (ook) te richten op de doelgroep.” (PZ 12)*

*“Het belang van een zinvolle dagbesteding wordt onderschat.” (PZ 11)*

#### **2.3.4 Aanbeveling voor de hulpverlening**

De voorzieningen vinden het belangrijk dat er, al dan niet in een netwerk, goed wordt samengewerkt tussen verschillende actoren die werken met geïnterneerden. Een aantal voorzieningen zegt dat de overheid dit moet stimuleren. Men heeft het over de noodzaak van een betere samenwerking met de justitieassistent, met de FPC's, de thuiszorg, de VAPH-sector, psychiatrische ziekenhuizen en verzorgingstehuizen, alsook een betere samenwerking tussen gevangenen en de lokale faciliteiten.

*“Intersectorale samenwerking stimuleren (VAPH-sector, psychiatrie, justitie ...).” (CGG 2)*

Daarnaast bevelen voorzieningen aan om een duidelijke communicatie naar de andere zorgprofessionals te hanteren over de manier van werken, en als partner deel te durven uitmaken van het netwerk, ook als het mis gaat.

Naar de geïnterneerde cliënt toe beveelt men aan bepaalde hulpverleningsprincipes toe te passen. Het gaat om het toepassen van casemanagement, het gebruik van een sterktegerichte benadering en één instantie vraagt ook om de oprichting van COSA-netwerken in de regio. Bij de 'Cirkels voor ondersteuning, samenwerking en aanspreekbaarheid (COSA)' worden plegers van zedenfeiten ondersteund door vrijwilligers, professionals en eventueel hun sociaal netwerk. De bevroegde instanties vragen tevens dat de zorg beter wordt afgestemd op de behoeften van geïnterneerde personen (zorg op maat). Het gaat daarbij onder andere over de capaciteiten of sociale context van de geïnterneerde of over de beperkingen van het regionale zorgaanbod.

*"Meer vraaggerichte sturing van het zorgaanbod." (PZ 17)*

*"Zorg op maat vooropstellen in functie van het beste traject voor de cliënt en dit zonder regionale of subregionale beperkingen." (PZ 27)*

Sommige voorzieningen vragen om meer aan nazorg te (kunnen) doen. Het aanstellen van een psychiater of de flexibilisering van de erkenning beschut wonen zou hier helpend kunnen zijn volgens een aantal voorzieningen.

*"Mogelijk maken om laagintensieve vinger aan de pols functie te voorzien, mits deze diensten hiervoor de capaciteit krijgen die nodig is. Kan ervoor zorgen dat mensen minder lang blijven hangen in intensievere/duurdere zorgvormen." (BW 16)*

Naast een verbetering van de samenwerking en het toepassen van bepaalde hulpverleningsprincipes, bevelen sommige instanties ook aan om meer aandacht te besteden aan een betere doorstroom van specifieke doelgroepen van geïnterneerden. Het gaat onder andere om personen met een dubbeldiagnose en om seksueel delinquenten. Voor deze laatste groep vermeld men moeilijkheden bij de resocialisatie en het doorstromen naar de reguliere zorg en specifiek ook naar psychiatrische verzorgingstehuizen.

*"De doorstroming van geïnterneerde personen die seksueel grensoverschrijdend gedrag stelden, verloopt omwille van de problematiek extra problematisch: overgang van categorale naar reguliere zorg verloopt erg moeilijk ondanks verzekering van verdere forensische begeleiding." (PZ 11)*

Voor personen met middelenmisbruik vraagt één instantie om meer ambulante behandelmogelijkheden en aanpassing van hun justitiële voorwaarden. Er is ook een instantie die meer aandacht vraagt voor dossiers die geblokkeerd zijn.

Andere aanpassingen binnen de hulpverlening die worden vernoemd zijn: het verhogen van de intensiteit van begeleiding en ondersteuning, het voorzien in de nodige competenties bij het personeel en het faciliteren van een eventuele terugkeer naar intensievere opvang.



### 3.3 VERSTERK DE INTERSECTORALE SAMENWERKING TUSSEN JUSTITIE, PSYCHIATRIE EN WELZIJN

De zorg aan personen met een interneringsstatuut is per definitie zorg die vanuit verschillende sectoren en expertises dient te komen. De aanpak en de zorg bevindt zich op het snijpunt van enerzijds justitie en van anderzijds de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en welzijn. Bij de justitiële actoren is het paradigma van de veiligheid richtinggevend aan hun handelen. Zij zijn prioritair gericht op de bescherming van de maatschappij en op delictpreventie. Voor de actoren werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg, in de zorg voor personen met een handicap en binnen het welzijnswerk is het paradigma van de zorg richtinggevend en staat de zorgnood centraal. In de forensische hulp- en dienstverlening (waaronder zorg) komen deze twee paradigma's samen hetgeen veel uitwisseling (met respect voor elkaars beroepsgeheim) vraagt en afstemming op de verschillende niveaus. Het versterken van het vertrouwen tussen deze actoren in het algemeen en vergroten van de kennis van elkaars specifieke opdracht, deskundigheid en finaliteit zijn daarbij belangrijk. Dit kan gestalte krijgen in verschillende vormen van professioneel hulpverlenersoverleg alsook in zogenaamde 'brugfiguren'. Men ervaart op het terrein de samenwerking met de justitieassistenten alsook met de netwerkcoördinatoren internering en met de schakelteams als erg ondersteunend hierbij.

### 3.4 VERSTERK DE INFORMATIE- EN EXPERTISE UITWISSELING TUSSEN JUSTITIE, PSYCHIATRIE EN WELZIJN

Zorg voor geïnterneerden vraagt om intersectorale samenwerking en alle betrokken actoren en sectoren beschikken over belangrijke kennis en expertise over een bepaald deelaspect. Het goed uitwisselen van die kennis en het efficiënt kunnen inzetten van de juiste expertise op het juiste moment zijn dan ook belangrijk. Dit dient op een meer intensieve wijze te worden versterkt als we de bevroegde instanties goed beluisteren. Bij de justitiële actoren zit belangrijke informatie en expertise op het forensische vlak. De psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg beschikken over kennis en expertise omtrent diagnosestelling en behandel mogelijkheden. Welzijnsactoren kunnen verbinding maken met het informeel netwerk en met de samenleving en de integratie op verschillende levensdomeinen voorbereiden. In het bijzonder omtrent risicotaxatie moet de bestaande kennis en expertise goed worden gedeeld tussen alle betrokken actoren (rekening houdend met het beroepsgeheim van de verschillende actoren). In het algemeen kan de informatie- en expertise-uitwisseling verschillende vormen krijgen en op verschillende momenten in het traject plaatsvinden, zoals het aangaan van samenwerkingen bij het bieden van gelijktijdige zorg en/of nazorg, bij de ondersteuning van reguliere diensten vanuit het categorale aanbod, via opleidingen en via online platformen. Men geeft ook aan dat het duidelijker definiëren van de verschillende rollen die de betrokken actoren opnemen wenselijk is. De grenzen van het beroepsgeheim moeten helder zijn voor alle betrokkenen.

### 3.5 INVESTEER IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR GEÏNTERNEERDE PERSONEN

Naast een betere uitwisseling van (praktijk)kennis en expertise tussen de betrokken partners, moet er nieuwe kennis worden ontwikkeld om de zorg voor geïnterneerden te verbeteren. Voorzieningen geven aan dat er nog te weinig geweten is over de trajecten van geïnterneerden, over hun noden en behoeften en over eventueel herval. Men wil meer weten over 'good practices' in het werken met geïnterneerden. Daarom bevelen we aan om te investeren in wetenschappelijk onderzoek op die domeinen. Deze onderzoeksnoden moeten echter verder verhelderd worden om tot meer gerichte onderzoeksvragen te komen die bruikbaar zijn voor de hulpverleningspraktijk en voor het beleid. Er moet tevens over gewaakt worden dat bestaand (eventueel internationaal) onderzoek voldoende benut wordt. Daarom is het wenselijk dat de onderzoeksvragen bepaald worden in overleg met de beleids- en praktijkactoren en in samenwerking met wetenschappelijke experts.





## REFERENTIES

Casselmann J., De Rycke R., Heimans H., (eds.) (2015) *Internering. Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*. die Keure, Brugge.

Moens I., Pauwelyn L., (2012) *Geen opsluiting maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Zorgnet Vlaanderen, Brussel.

Mortelmans, D., (2013), *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco, Leuven/Den Haag.