

PERIODIEK

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT VAN HET VLAAMS GENEESKUNDIGENVERBOND



***Gemeenschappelijk Symposium van het
Vlaams Geneeskundigenverbond en de
Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België***

**Welke toekomst voor de Forensische Psychiatrie
in Vlaanderen?**

**De Forensische Psychiatrische Centra: een oplossing
voor de schande van de internering?**

**VERSLAGBOEK
Zaterdag 27 september 2014
Paleis der Academiën te Brussel**

Inhoud Verslagboek

PROGRAMMA	3
WELKOM EN INLEIDING: B. HIMPENS	4
CENTRALE LEZINGEN	5
DE GERECHTSPSYCHIATER: DE PORTIER VAN HET SYSTEEM: C. DILLEN	5
WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK IN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN DE POTENTIËLE ONDERZOEKSMOGELIJKHEDEN IN VERBAND MET DE TWEE NIEUWE FORENSISCH PSYCHIATRISCHE CENTRA IN VLAANDEREN: K. GOETHALS	7
DE PSYCHIATRISCHE HULPVERLENING IN HET BELGISCHE GEVANGENISWEZEN: R. VERELST	10
ADVIES VAN DE KONINKLIJKE ACADEMIE VOOR GENEESKUNDE BETREFFENDE DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE: P. COSYNS	21
PANELGESPREK	24
STANDPUNT VAN H. HEIMANS	24
STANDPUNT VAN I. JEANDARME	24
STANDPUNT VAN R. DE RIDDER	25
STANDPUNT VAN D. LEESTMANS	26
DISCUSSIE MET PANELLEDEN EN PUBLIEK (verslag Dr. Bart Garmyn)	27
SLOTWOORD: J. DOCKX	31
LIJST VAN INGESCHREVENEN EN VERONTSCULDIGDEN	32
MET DANK AAN	33

NOTEER NU REEDS IN UW AGENDA

- Gewijzigde datum voor de Statutaire Algemene Ledenvergadering te Averbode: **7 maart 2015**
- VGV bezoekt op **9 mei 2015** "Chagall" en "Het Rijk van de Sultan" te Brussel.

RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter: Dr. J. Dockx
 Ondervoorzitter: Dr. R. Vermeulen*
 Secretaris: Dr. B. Garmyn
 Penningmeester: Dr. G. Debruyne
 Cultuur: Dr. J. Dockx
 Leden: Prof. Dr. D. Brutsaert,
 Prof. Dr. C. Geens, Dr. F. Goes, Dr. L. Ide,
 Dr. P. H. Jongbloet, Prof. Dr. E. Ponette*,
 Dr. D. Van de Voorde, Dr. L. Van Ermen,
 Dr. J. Van Meirhaeghe*, Dr. H. Verbrugge
 * oud-voorzitter

RAAD VOOR ADVIES

Prof. Dr. R. Casteels, KU Leuven
 Prof. Dr. D. De Looze, UGent
 Prof. Dr. L. Denis, directeur
 Oncologisch Centrum Antwerpen
 Prof. Dr. A. Dupont, decaan geneeskunde
 en farmacie, VUB
 Prof. Dr. J. Peers, KU Leuven
 Prof. Dr. P. Van Cauwenberge,
 voorzitter HoGent
 Prof. Dr. Ph. Vandekerckhove,
 gedelegeerd bestuurder Rode
 Kruis Vlaanderen
 Dr. R. Verhaert, V.V.K.

Uitgave van het VGV

Redactieraad: Prof. Dr. A. Baert, Dr. J. Dockx, Prof. Dr. C. Geens, Dr. J. Gyselinck, Dr. P.H. Jongbloet, Prof. Dr. E. Ponette, Dr. J. Van Meirhaeghe
Verantwoordelijke uitgever:
 Dr. J. Van Meirhaeghe,
 Koolkerkesteenweg 76, 8340 Oostkerke
Hoofdredacteur: Prof. Dr. E. Ponette,
 Schoonzichtlaan 40, 3020 Winksele-Herent
 en Dr. P.H. Jongbloet
De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.
Drukkerij Jules De Winter,
 Bisschoppenhoflaan 216, 2100 Deurne,
 Tel. 03/232.20.22, Fax. 03/225.15.84

UITGAVEN VGV

Autokenteken

- Decalco € 2.00,- + € 0.77,- Port
- Aluminium € 3.00,- + € 0.77,- Port

Fiscaal dagboek € 25.00,- + € 2.31,- Port

Lidgeld V.G.V.

Gewoon lid	€ 60.00
Tot 5 jaar na diploma	€ 25.00
Arts zonder praktijk	€ 25.00
Steunend lid	€ 80.00
Artsenkoppel	€ 70.00
Artsenkoppel (tot 5 jaar na diploma of zonder praktijk)	€ 30.00
Abonnement "Periodiek" voor niet leden	€ 20.00

KBC IBAN nr.: BE22 4073 0622 5147

Secretariaat V.G.V.: Ergo de Waellaan 3 - bus 14
 2100 Deurne - Antwerpen - Tel: 03/322.28.50 - Fax: 03/322.45.14
 e-post: info@vgv.be - webstek: www.vgv.be
 Het secretariaat is open van maandag tot donderdag (9u-14u).

PROGRAMMA



GEMEENSCHAPPELIJK **SYMPOSIUM** van het **Vlaams Geneeskundigenverbond** (VGV) en de

Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB)

met de steun van het **Doktersgild Van Helmont**

WELKE TOEKOMST VOOR DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE IN VLAANDEREN?
De Forensische Psychiatrische Centra: een oplossing voor de schande van de internering?

zaterdag 27 september 2014

Paleis der Academiën, auditorium Baron Lacquet, Hertogstraat, 1, 1000 Brussel

PROGRAMMA

9u00 Onthaal

9u30 Welkom en inleiding: **Prof. dr. Bernard Himpens**, voorzitter KAGB

9u35 Centrale lezingen:

° **Prof. dr. Chris Dillen**, Forensisch psychiater VUB: De gerechtspychiater: de portier van het systeem

° **Prof. dr. Kris Goethals**, UA: Wetenschappelijk onderzoek als essentieel fundament van de forensische psychiatrische praktijk

° **Dr. Rudy Verelst**, Psychiater-Coördinator EPI - FOD Justitie: De psychiatrische hulpverlening in het Belgische gevangeniswezen

° **Em. Prof. dr. Paul Cosyns**, UA: Advies van de KAGB over de forensische psychiatrie

11u05 Pauze

11u20 Paneldiscussie o.l.v. moderator **Em. Prof. dr. Paul Cosyns** met:

° **de Heer Henri Heimans**, Kamervoorzitter hof van beroep te Gent en voorzitter Cbm bij gevangenis Gent

° **Dr. Inge Jeandarme**, Coördinator Kenniscentrum Forensische Psychiatrische Zorg OPZC Rekem

° **Dr. Ri De Ridder**, Directeur-generaal RIZIV

° **de Heer Dirk Leestmans**, journalist bij VRT

12u20 Slotwoord: **Dr. Jan Dockx**, voorzitter VGV

12u25 Receptie

Deelneming is gratis, doch snelle inschrijving op secretariaat VGV (info@vgv.be) is noodzakelijk wegens beperkt aantal plaatsen.

Accreditering rubriek 6 Ethiek en Economie is goedgekeurd.

WELKOM EN INLEIDING

Mijnheer de voorzitter, geachte leden van het Vlaams Geneeskundigenverbond, geachte collega's, dames en heren,

Als voorzitter van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België is het een eer en een genoegen u te verwelkomen in het auditorium Baron Lacquet van het Paleis der Academiën ter gelegenheid van het symposium over de forensische psychiatrie in Vlaanderen.



Het verheugt me zeer dat de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en het Vlaams Geneeskundigenverbond het initiatief hebben genomen om gezamenlijk een symposium te organiseren over de forensische psychiatrie.

In de eerste plaats, omdat mag gehoopt worden dat dit symposium ertoe bijdraagt om de problemen, waarmee de forensische psychiatrie geconfronteerd wordt, nader tot een oplossing te brengen.

In de tweede plaats is het interessant en nuttig om te zien, hoe twee organisaties met een verschillende finaliteit, maatschappelijke rol en gevoeligheid erin slagen rond een concrete thematiek inhoudelijk bij te dragen tot de maatschappelijke meningsvorming over een belangrijk onderwerp.

Ik wens u allen een zeer leerrijke en vruchtbare ochtend.
Ik verleen graag de eerste spreker het woord.

Bernard Himpens, *gewoon hoogleraar KU Leuven, voorzitter KAGB*





Chris Dillen, forensisch psychiater, hoogleraar faculteit Recht/Criminologie, VUB

In het woordenboek staat één van de taken van de portier omschreven als “controle op toegen uitstroom” van een hotel, nachtclub, of in onze context een gevangenis. Eenvoudig gesteld kan men de taak van de gerechtspsychiater als dusdanig omschrijven:

controle op wie er binnenkomt (en buitengaat!) in het interneringssysteem. De standaardopdracht naar de toerekeningsvatbaarheid geeft uiteraard in eerste instantie een antwoord op het al dan niet bestaan van een schulduitsluitingsgrond, maar betekent in bevestigend geval een eerste stap in het interneringssysteem.

Daar waar de instroom vrijwel altijd gepaard gaat via het advies van een gerechtspsychiater, is dit voor de uitstroom vandaag de dag veel minder tot zelden het geval. Persoonlijk zou ik het veel logischer en consequenter vinden dat ook de uitstroom opnieuw via een onafhankelijk, objectief onderzoek verloopt, teneinde na te gaan of de argumenten die geleid hebben tot de internering, inderdaad voldoende verholpen/onder controle zijn om een terugkeer naar de maatschappij mogelijk te maken. In België is dit weinig ingeburgerd (behalve bij zware probleemdossiers waar de tussenkomst van de gerechtspsychiater soms meer de indruk krijgt van het opentrekken van een paraplu naar verantwoordelijkheid toe, dan wel een daadwerkelijk inhoudelijk advies).

In de wet van 21 april 2007 inzake Internering, was dit voorzien in art. 73 § 1 “Met het oog op het nemen van die beslissing laat de strafuitvoeringsrechtbank een nieuw psychiatrisch onderzoek uitvoeren”. In de huidige wet op de internering van 05 mei 2014 is dit afgezwakt en als volgt verwoord: “Met het oog op het nemen van die beslissing laat de kamer voor de bescherming van de maatschappij, zo nodig, een nieuw forensisch psychiatrisch onderzoek uitvoeren dat voldoet aan de vereisten van artikel 5, §§ 2, 4 en 5”. Lees hier vooral ‘zo nodig’, wat de deur openzet voor allerlei redenen om af te zien van een nieuw onafhankelijk en neutraal deskundig onderzoek. Een neutrale, deskundige, objectieve forensisch psychiatrische herevaluatie met grondige risicotaxatie, lijkt mij evenwel een minimum om de bescherming van de maatschappij maximaal te kunnen waarborgen.

Internering betekent een overgang van het overwegend tot uitsluitend juridische systeem, naar het eerder overwegend medisch-psychiatrisch systeem. De verwijzer vanuit justitie is zelden op de hoogte, laat staan vertrouwd met de mogelijkheden, de beperkingen en de geplogenheden van het medisch-psychiatrisch denken en handelen. Omgekeerd zijn de behandelaars binnen de psychiatrie dikwijls evenmin vertrouwd met de juridische logica en vereisten/

geplogenheden. De gerechtspsychiater is in deze interactie ruimer dan enkel de portier, maar tevens een bemiddelaar, een “verduidelijker” (weliswaar niet koninklijk) en als het ware soms zelfs een soort tolk tussen beide ‘werelden’.

Dit vereist dat de gerechtspsychiater niet alleen zijn taak als ‘portier’, als deskundige (grondig) moet beheersen, maar ook zeer goed op de hoogte moet zijn van hetgeen zich binnen beide werelden afspeelt waarmee hij/zij in contact staat en moet “tolken”. Wat zijn de verwachtingen, de beperkingen, het kader waarbinnen de magistraat/advocaat moet, mag en kan handelen? Maar tevens moet hij/zij op de hoogte zijn van de mogelijkheden, de evoluties, de beperkingen binnen de (forensisch) psychiatrische wereld. Tevens moet hij/zij in staat zijn in beide werelden, de andere wereld toe te lichten en naar elkaar toe te brengen. Forensische psychiatrie is nu eenmaal die discipline die zich in het overlappingsgebied van beide werelden situeert.

In de voorbereidingen om een antwoord te bieden aan Titel III hoofdstuk 1 art. 5 § 2 van de wet betreffende de internering van personen van 5 mei 2014 (BS 09/07/2014), inzake de erkenning van de psychiater-deskundige, te weten:

§ 2. Het forensisch psychiatrisch onderzoek wordt uitgevoerd onder de leiding en de verantwoordelijkheid van een deskundige die voldoet aan de voorwaarden welke zijn gesteld in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Het deskundigenonderzoek kan ook in college of met bijstand van andere gedragswetenschappers uitgevoerd worden, telkens onder leiding van voormelde deskundige.

Daarenboven dient de leidende deskundige vooraf erkend te zijn door de bevoegde minister of door zijn afgevaardigde.

Binnen zes maanden te rekenen van de inwerkingtreding van dit artikel bepaalt de Koning, op voorstel van de ministers die Volksgezondheid en Justitie tot hun bevoegdheid hebben, de voorwaarden en de procedure voor het verlenen van de erkenning. Hij bepaalt de rechten en de plichten van de erkende deskundigen. Hij bepaalt de sancties die kunnen worden opgelegd bij het niet-naleven van de erkenningsvoorwaarden.

werd dan ook zeer duidelijk in de werkgroep gesteld dat deze erkenning ruimer moet gezien worden dan enkel en alleen de erkenning binnen de wet internering. “De” forensische psychiater moet onderlegd zijn in zowel de deskundigenmaterie, als in de behandelingsaspecten binnen de forensisch psychiatrische discipline.

Vandaar dat er gewerkt wordt aan een bijzondere beroepstitel arts-specialist in de forensische psychiatrie (niveau 3), als fundament voor de erkenning binnen de Wet Internering. Enkel op deze manier kan men waarborgen dat zowel deskundigen als behandelaars voldoende verweven blijven om instroom, verblijf en uitstroom te herleiden tot een vloeiend, doeltreffend en efficiënt gebeuren. Het advies inzake deze bijzondere beroepstitel is door de Hoge Raad

van geneesheren-specialisten en van huisartsen van de FOD Volksgezondheid overgemaakt aan de minister in oktober 2014 en wacht op finale goedkeuring. Tevens zal deze erkenning ervoor zorgen dat de hedendaagse situatie (waarbij men in het beste geval na 2 x 6 uur info over forensische psychiatrie in een opleiding van 12 jaar, kan aangesteld worden als gerechtspsychiater) uit de wereld geholpen wordt en vervangen door een systeem dat kwaliteitsvereisten oplegt, controleert en opvolgt.

Naast zijn/haar rol als gerechtspsychiater binnen het medisch-psychiatrische en het juridisch denkkader, heeft de gerechtspsychiater ook een niet te onderschatten rol op maatschappelijk vlak. Het advies naar al dan niet internering heeft, zeker in mediatieke feiten, een zeer diepgaand impact op de perceptie van de bevolking over schuld en straf, over rechtvaardigheid. Straf heeft immers zoals Arnold Burms, emeritus hoogleraar Filosofie KU Leuven, het zegde, ook een enorm belang in het symbolisch herstel van een misdrijf binnen de bevolking.

Internering wordt nogal eens gezien als een middel om de straf te ontlopen, waardoor de burger geen symbolisch herstel krijgt van zijn verstoorde maatschappelijke orde en rechtvaardigheidsgevoel. Een correct, wetenschappelijk gefundeerd én voor de burger duidelijk verstaanbaar in lektaal toegelicht advies over al dan niet internering van een beschuldigde, is dan ook een essentieel onderdeel van de rol van de gerechtspsychiater binnen zijn/haar maatschappelijke functie. Het 'uitspelen' van gerechtspsychiaters tegen elkaar binnen een juridische strijd in de rechtbank of Hof van Assisen, tot grote frustratie van de doorsnee burger, kan enkel gecounterd worden door een degelijke, wetenschappelijk onderbouwde en gecontroleerde vorming en erkenning.

Gebrek aan gedegen opleiding en bijscholing geeft de impressie bij de buitenstaander van willekeur, een loterij waar men kan winnen of verliezen naargelang hoe de dobbelstenen vallen. Niets is minder waar, forensische psychiatrie is op wereldvlak een goed onderbouwde subdiscipline van de psychiatrie, maar men moet uiteraard hierin voldoende thuis zijn om het ook te kunnen uitdragen. De gerechtspsychiater mag geen curatief psychiater zijn die er tussendoor wat gerechtelijke expertisen bij doet, maar moet een specifiek hiervoor opgeleide deskundige zijn met een bijzondere bekwaamheid in de materie.

In laatste instantie is er de financiële zijde van het verhaal. De schandalig lage tarieven die gehanteerd worden binnen de gerechtskosten zijn genoegzaam bekend, maar hier bovenop heeft zich de laatste jaren een bijkomend probleem geïnstalleerd, met name het zeer willekeurig en vooral zeer laattijdig uitbetalen van de honoraria voor alle soorten free-lance medewerkers van justitie (tolken, psychiaters, psychologen, wetsdokters, ...). November 2014 zijn er nog quasi geen kostenstaten uitbetaald van het ganse jaar 2014 en staat nog een deel open van kostenstaten van 2013 en voorgaande jaren. Prof. dr. W. Jacobs, wetsdokter, kaartte dit nogmaals voor de zoveelste keer aan op 04 november 2014 tijdens een Assisenproces in Antwerpen met een open brief aan de beleidsvoerders.

In de voorbereidende ontwerpen van de nieuwe Wet op de Internering, stonden desbetreffend garanties ingeschreven (Wetsvoorstel 19/12/2013 door mevrouw Els Van Hoof). Hoofdstuk I, art. 2, § 6 vermeldde immers: "De deskundige ontvangt een honorarium per uur. Dit honorarium wordt

vastgesteld overeenkomstig het tarief dat voor een psychotherapeutische behandelingszitting van een geaccrediteerde geneesheer is vastgelegd in de nomenclatuur voor de geneeskundige verstrekkingen. De betaling van het honorarium dient te geschieden binnen de drie maanden, te rekenen vanaf het leveren van de prestatie op straffe van betaling van verwijlintresten".

In de uiteindelijke gepubliceerde Wet zijn deze bepalingen grotendeels verdwenen. Een billijker uurtarief werd weerhouden (§ 6. De deskundige ontvangt een honorarium per uur, dat wordt vastgesteld overeenkomstig het tarief dat voor een psychotherapeutische behandelingszitting van een geaccrediteerde geneesheer is vastgelegd in de nomenclatuur voor de geneeskundige verstrekkingen), maar als deze tarieven pas na één of meerdere jaren uitbetaald worden, zonder enige verwijlinteressen, lost dit het bestaande probleem uiteraard totaal niet op.

Het antwoord op een parlementaire vraag van mevrouw Sonja Becq aan de minister van Justitie over "de gebrekkige en laattijdige betaling van gerechtsdeskundigen in strafzaken" (nr. 14398) van 05.12.2012 leert ons dat Justitie, of toch zijn verantwoordelijken, zichzelf boven of buiten de wet plaatsen als het aankomt op het tijdig uitvoeren van hun financiële verplichtingen: "de toekenning van verwijlinteressen en schadebedingen is niet van toepassing voor gerechtskosten in strafzaken, gelet op het reglementaire karakter. De gerechtskosten worden beschouwd als een politiek recht en zijn geheel reglementair, waardoor de regeling inzake verwijlinteressen en schadebedingen geen toepassing vindt. De verhouding tussen de deskundigen en de vorderende magistraat is dan ook louter van reglementaire en niet-contractuele aard in het Belgisch inquisitoir systeem. Men wordt verzocht een dienstverlening te verrichten voor de vorderende magistraat en is gehouden aan de geldende tarieven". Dit vat samen wat elke gerechtspsychiater en wetsdokter al ettelijke jaren weet: de deskundige wikt, maar Justitie beschikt.

Men kan wetgevend, vanuit de geneeskunde, vanuit de administratie, vanuit de rechtbanken en advocatuur, een systeem uitwerken dat eindelijk de beoordeling en uitvoering van de internering op een 21ste eeuwse niveau brengt; als de financiële afhandeling blijft wat ze is, met name middeleeuwen, staan we aan de vooravond van een doodgeboren kind.

Er zijn actueel nog een kleine 15-tal gerechtspsychiaters in Vlaanderen, waarvan de meerderheid slechts sporadisch expertisen aanneemt binnen een zeer drukke curatieve praktijk. Ook de curatieve psychiatrie is immers onderbeband en wordt geconfronteerd met steeds langer wordende wachtlijsten. Er zou een veelvoud nodig zijn aan gerechtspsychiaters om de vraag vanuit justitie adequaat te kunnen beantwoorden, maar de laatste 10 tot 15 jaar zien we alleen maar collega's stoppen omwille van pensioenleeftijd of omdat werken voor justitie financieel onhoudbaar geworden is. De laatste 10 tot 15 jaar is er niemand meer bijgekomen. Eén van de drie Nederlandstalige gerechtspsychiaters in Brussel heeft in november 2014 besloten om zijn activiteiten te stoppen voor justitie omwille van de financiële problematiek. Er is meer dan voldoende ander werk binnen de psychiatrie en op het einde van elke maand moeten ook onze vaste kosten, ons personeel, etc... betaald kunnen worden. Zoals het er nu voorstaat, zullen de komende maanden en maximaal jaren, de anderen quasi zeker volgen.

Er is veel interesse onder jonge collega's psychiaters voor forensische psychiatrie, maar het volstaat om het financiële aspect te schetsen om hun motivatie een andere richting te laten opgaan. De moeizaam opgebouwde knowhow en ervaring inzake forensische psychiatrie in België, verdwijnt zienderogen en we staan aan het point of no return, als we het al niet gepasseerd zijn. Er zijn nu al niet genoeg ervaren gerechtspychiaters meer over om voldoende jongere collega's kwalitatief correct te kunnen opleiden om de achterstand in te lopen. Binnen enkele jaren zal zelfs geen sprake meer zijn van achterstand, maar zal er gewoonweg een leegte zijn die niet meer op te vullen valt behoudens met onervaren nieuwkomers.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK IN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN DE POTENTIËLE ONDERZOEKSMOGELIJKHEDEN IN VERBAND MET DE TWEE NIEUWE FORENSISCH PSYCHIATRISCHE CENTRA IN VLAANDEREN



Kris Goethals, *Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie Campus UZ Antwerpen; Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen*

1. Inleiding

Het advies over de forensische psychiatrie uitgebracht door de

Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (dd. 26 april 2014) luidde als volgt: 'In het kader van de verstrekte verwetenschappelijking van de psychiatrie in het algemeen moet bijzondere aandacht geschonken worden aan het wetenschappelijk onderzoek in de forensische psychiatrie'.

Enkele cijfers illustreren dat het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie in Vlaanderen stiefmoederlijk behandeld wordt. In de periode 2002 tot en met 2012 was er weinig academisch onderzoek in de psychiatrie aan de Vlaamse universiteiten. Per jaar behaalden slechts drie tot tien psychiaters (in opleiding) een doctoraat op proefschrift. Bovendien waren er eind 2012 bijna zesmaal meer FWO-mandaathouders rond neurowetenschappen en neurologie vergeleken met de psychiatrie en de psychotherapie.

Een fundamentele vraag is natuurlijk wat de beweegredenen zijn om onderzoek te doen. De volgende bevindingen kunnen geciteerd worden (Freeman & Tyrer, 2006). Zij brachten in kaart wat de voorspelde kans op succes is bij het onderzoek doen in de psychiatrie, uitgedrukt in *p* waarden. De kans op het verkrijgen van een nobelprijs of ridderschap is kleiner dan een honderdduizendste. Ook de kans op publiceren is slechts een tiende. Als grootste kans vermeldden ze een kritische attitude houden ($p=0.75$), plezier ($p=0.8$) en delen van ons brein onderrichten die anders zelden geoefend worden ($p=0.9$).

Er zijn de laatste 10 tot 15 jaar zeer veel inspanningen geleverd vanuit de beroepsgroep van de (forensische) psychiatrie om een kwalitatief werkbaar systeem op poten te zetten. Alle bouwstenen liggen klaar om de internering in België eindelijk de 21ste eeuw binnen te loodsen op forensisch psychiatrisch vlak. Er rest evenwel nog één cruciale vraag: zijn onze beleidsmakers oprecht van plan om dit in praktijk om te zetten en durven zij hiervoor knopen doorhakken, of blijft het zoals de Wet op de Bescherming van de Maatschappij van 9 april 1930 een mooi theoretisch ontwerp, zonder middelen om het in de praktijk om te zetten?

In ieder geval dient onderzoek vernieuwend te zijn omwille van een tweetal redenen. Ten eerste is de vooruitgang van patiënten afhankelijk van nieuwe kennis. En ten tweede dient er verzekerd te worden dat de kwaliteit van ons onderwijs en onze opleiding constant behouden blijft en verbeterd wordt.

In deze bijdrage komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan bod: huidige initiatieven, moeilijkheden bij onderzoek in de forensische psychiatrie, prioritaire onderzoeksmogelijkheden en mogelijke oplossingen voor de toekomst voor de forensische psychiatrie in Vlaanderen en in België.

2. Huidige initiatieven

Over het algemeen zijn de initiatieven die in Vlaanderen genomen zijn voor de verwetenschappelijking van de forensische psychiatrie disparate initiatieven vanuit de basis. Deze initiatieven kunnen helaas een gecoördineerde en gestructureerde aanpak niet vervangen. Bovendien zijn deze initiatieven erg jong, met name van de afgelopen vijf jaar. Hieronder volgt een korte beschrijving van de bestaande initiatieven.

In 2009 werd het Kenniscentrum Forensische Psychiatrische Zorg (KeFor) opgericht, als onderdeel van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum in Rekem. Dit KeFor initieert, begeleidt en voert onderzoek uit binnen diverse forensisch psychiatrische projecten in Vlaanderen. De forensisch psychiatrische afdelingen van Rekem, Zelzate en Bierbeek zijn hier enkele voorbeelden van. Het KeFor beantwoordt hierbij de vraag naar wetenschappelijke sturing en evaluatie in het domein van de forensische psychiatrie. Echter ontbreekt hierbij een uitgesproken verankering met een van de Vlaamse universiteiten. Enkele onderzoeksdomeinen zijn hierbij concreet: risicotaxatie, onderzoek naar geïnterneerden en daders met een intellectuele beperking.

Binnen het Universitair Forensisch Centrum (UFC), gesitueerd binnen de Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie Campus UZ Antwerpen, worden er sinds 2010 behandeluitkomsten gemeten bij seksuele delinquenten, de

zogenaamde Routine Outcome Monitoring (ROM). Deze ROM wordt gezien als een noodzakelijke onderzoekslijn bij de instroom van geïnterneerden in de nieuwe Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) in Gent en Antwerpen. Binnen het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), het psychiatrisch onderzoekscentrum binnen de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen, zijn er dit jaar twee doctoraten opgestart, meer bepaald het onderzoek naar maatschappij-georiënteerde zorgvormen bij geïnterneerden (Assertive Community Treatment) en het onderzoek naar (sociale) cognitie bij seksuele delinquenten en patiënten met een parafilie. Ook bij de masterstudenten geneeskunde is er een pro-actief, wervend beleid naar psychiatrische masterproeven in het algemeen en forensisch psychiatrische onderwerpen in het bijzonder. Enkele voorbeelden hiervan zijn: het onderzoek naar genitale abnormaliteiten bij seksuele delinquenten en patiënten met een parafilie en het onderzoek naar hyperseksualiteit als risicofactor voor seksuele delinquentie.

Tenslotte vermelden we in 2010 de opstart van Fordulas binnen het Universitair Psychiatrisch Centrum te Kortenberg. Binnen de forensische kinder- en jeugdpsychiatrie wordt hier onderzoek uitgevoerd naar de agressieregistratie, de impact van het leefklimaat op agressie en het verschil in agressieprofielen tussen jongens en meisjes.

Concluderend kan gesteld worden dat er enkele recente initiatieven zijn in Vlaanderen die de moeite waard zijn, maar deze zijn versnipperd en kwantitatief beperkt. Een eerder advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (dd. 28-06-2013) stelde dat het onderzoek in Vlaanderen gestimuleerd zou kunnen worden door inspiratie te zoeken bij het onderzoeksprogramma 'Geestkracht' in Nederland. Bovendien adviseerde de Academie dat er voldoende klemtoon zou moeten liggen op een aantal deelgebieden van de psychiatrie, zoals daar zijn de verslavings-, de sociale en de forensische psychiatrie.

3. Moeilijkheden bij praktijkgericht onderzoek in de forensische psychiatrie

Vooreerst is de evaluatie van behandelprogramma's bij psychiatrisch gestoorde delinquenten gecompliceerd. Enkele redenen hiervoor zijn: beperkte maatstaven voor behandeluitkomsten, de moeilijkheid om Randomised Controlled Trials (RCT's) op te zetten, de inherente complexiteit van de behandeling, de inadequate uitkomstmaten en de moeilijkheid om betekenisvolle uitkomstmaten te definiëren.

Over het algemeen is het zo dat behandeltrials vaak de focus hebben op een probleem of een of twee eenvoudige uitkomstmaten, bijvoorbeeld bij de behandeling van een depressieve stoornis. Forensische psychiatrie is echter een vorm van hoogcomplexiteit, chronische psychiatrie gekenmerkt door veel comorbiditeit en meerdere psychosociale problemen. In 2009 stelde Taylor e.a. dat forensisch

psychiatrische patiënten meerdere gezondheids-, persoonlijke, interpersoonlijke en sociale problemen en behoeften hebben. Hiervoor zijn er verschillende interventies nodig, zoals medische, psychologische en verpleegkundige, maar ook op het gebied van dagbesteding, vrijetijdsinvulling en het brede domein van sociale rehabilitatie. Ook worden deze patiënten behandeld binnen een (straf)rechtelijk, administratief en instellingskader en worden ze beïnvloed door overheersende sociale attitudes, culturele en financiële overwegingen die variëren doorheen de tijd. Tenslotte worden de uitkomsten beïnvloed door base rates die relevante gedragingen kunnen detecteren en door factoren die de waarschijnlijkheid van dit gedrag beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld de maatschappelijke beschikbaarheid van alcohol.

4. Prioritaire onderzoeksonderwerpen

Uit het bovenstaande mag blijken dat onderzoek in de forensische psychiatrie geen sinecure is. Daarom is het belangrijk om enkele prioriteiten te leggen die haalbaar zijn naar operationalisering, uitvoerbaarheid en financieel impact. Enkele prioritaire onderzoeksonderwerpen zijn hierbij de wetenschappelijke evaluatie van behandelresultaten in de FPC's door middel van de ROM, het onderzoek naar verklaringsmodellen voor het verband tussen psychopathologie en delinquent gedrag, de kwaliteitsbewaking bij deskundigenonderzoek en het onderzoek naar de vraag hoe we kunnen voorkomen dat reguliere psychiatrische patiënten forensische psychiatrische patiënten worden. Deze laatste vraag is uiterst relevant, temeer omdat de meeste forensische patiënten eerder gekend waren in de reguliere psychiatrie. Met betrekking tot de ROM kan gesteld worden dat er maar weinig aanwijzingen zijn uit de literatuur om de juiste instrumenten te kiezen. In ieder geval zouden deze instrumenten de volgende domeinen dienen te omvatten: psychiatrische stoornissen, kwaliteit van leven en risico op delicttherhaling (Goethals & van Marle, 2012; Shinkfield & Ogloff, 2014).

5. Mogelijke oplossingen voor de toekomst

Ten eerste dient er urgent een geïntegreerde visie ontwikkeld te worden op het wetenschappelijk onderzoek in de forensische psychiatrie. Verder moet er een doorstart komen van goed functionerende onderzoeksinfrastructuren met aandacht voor de genoemde stiefmoederlijke deelgebieden zoals de forensische psychiatrie. Een mogelijke manier om dit te bereiken is door creatief te netwerken. Hierbij kunnen er bruikbare verbanden ontstaan tussen klinische en niet-klinische onderzoekers, maar ook verbanden tussen klinische centra. Bovendien zorgt multicentre research er voor dat de onderzoekspopulaties voldoende groot zijn om hypothesen of klinische interventies te testen. De praktijk van de forensische psychiatrie is immers ook gekenmerkt door forensisch psychiatrische patiënten op kwantitatief kleine afdelingen met een lage in-, door- en uitstroom.

Tenslotte kunnen er ook oplossingen aangereikt worden door de ervaringen uit het buitenland, bijvoorbeeld uit het Verenigd Koninkrijk. In het beleidsdocument 'Improving the future of academic forensic psychiatry in Britain and Ireland' uit 2006 adviseerde de Royal College of Psychiatrists dat er sterke samenwerkingsverbanden nodig zijn met andere disciplines, zoals de academische criminologie en sociologie en de rechtsgeleerdheid.

Daarnaast zouden de universiteiten hun betrokkenheid moeten tonen met financiële input in academische posities, maar ook bij het installeren van nieuwe, ambitieuze academici in het veld van de forensische psychiatrie.

Ook de Forensic psychiatry research society (www.fprs.org) kan ons oplossingen aanreiken. Deze vereniging wil deelname en samenwerking bevorderen bij diegenen met interesse in onderzoek. Daarnaast wil ze een stichting in het leven roepen die op nationaal niveau prioritering van de onderzoeksonderwerpen kan aangeven en kandidaten kan ondersteunen in een vroeg stadium van een academische carrière. Tenslotte wil ze de vertaling van onderzoeksbevindingen faciliteren naar de praktijk.

6. Tot slot

Uit het bovenstaande mag blijken dat forensische psychiatrie hoogcomplex, chronische psychiatrie is die bovendien gekenmerkt is door een hoge comorbiditeit bij de

patiënten. De wettelijke kaders zijn daarnaast ook een complicerende factor. Onderzoek is onlosmakelijk verbonden met opleiding, onderwijs en praktijkvoering; alle hebben elkaar nodig. De doorstart van het Vlaams onderzoek is noodzakelijk in de academische forensische psychiatrie. Hiervoor zijn voldoende menskracht, een gedeelde visie en voldoende financiën noodzakelijk. Tenslotte is het meten van behandeluitkomsten bij geïnterneerden een unieke kans bij de start van de Forensisch Psychiatrische Centra.

7. Referenties

Freeman C. & Tyrer P. Getting started in research. In: *Research methods in psychiatry* (Eds. Freeman & Tyrer), London: Gaskell/the Royal College of Psychiatrists, 2006.

Goethals K. & van Marle H. Routine Outcome Monitoring in de forensische psychiatrie: een lang verhaal in het kort. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2012; 54(2): 179-183.

Shinkfield G. & Ogloff J. A review and analysis of Routine Outcome Measures for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health* 2014; 13(3): 252-271.

Taylor PJ, Chilvers C, Doyle M, et al. Meeting the challenge of research while treating mentally disordered offenders: the future of the clinical research. *International Journal of Forensic Mental Health* 2009; 8: 2-8.



Rudi Verelst, *Psychiater coördinator PSD en psychiatrische zorg*

Inleiding

Daar waar het in het verleden niet steeds gemakkelijk was om cijfergegevens over de gevangenispopulatie (zowel wat beklaagden, gedetineerden als geïnterneerden betreft) te bekomen, werden met het oog op deze studiedag door de verschillende diensten van het Directoraat generaal Penitentiaire inrichtingen (DG EPI) van de FOD Justitie, meer bepaald de centrale psychosociale dienst en de dienst gezondheidszorg gevangenen, de verschillende beschikbare gegevens gegroepeerd met volgend resultaat.

1. Gedetineerden

Belgische gevangenisbevolking in de inrichtingen van het DG EPI (verlof en gesloten federale centra voor jongeren niet inbegrepen): 11.202 (augustus 2014)

Opsluitingen per prioritaire wettelijke toestand (2013)

Inrichtingen	Beklaagden	Veroordeelden	Geïnterneerden	Andere	Totaal	Kind <3j.
Merkspas			2		2	
Antwerpen	2066	941	36	24	3067	
Mechelen	268	155	6	3	432	
Turnhout	437	139	5	6	587	
Sint-Gillis	710	18		2	730	
Vorst	1635	799	29	39	2502	
Leuven Hulp	193	138	30	7	368	
Nivelles	210	104			314	
Berkendael	184	93	5	1	283	5
Brugge	745	296	17	33	1091	16
Ieper	190	172	1	20	383	
Gent	610	414	74	12	1110	
Oudenaarde	126	72	1	6	205	
Dendermownde	420	311	13	6	750	
Mons	394	235	17	1	647	
Tournai	207	136		1	344	
Jamioulx	567	258	27	3	855	
Lantin	1239	692	19	10	1960	2
Verviers	99				99	
Huy	89	58		1	148	
Paifve			6		6	
Hasselt	651	410	21	22	1104	
Marche-en-Famenne	133	162		3	298	
Arlon	18	2			20	
Namur	297	104	19	1	421	
Dinant	127	55			182	
Totaal	11615	5764	328	201	17908	23

Inrichting voor jongeren	Beklaagden	Veroordeelden	Geïnterneerden	Andere	Totaal
Everberg				323	323
Tongeren	11	1		29	41
Saint-Hubert	14	3		264	281
Totaal	25	4		616	645



Invrijheidstellingen per reden van afschrijving (2013)

Inrichtingen	Voorlopige hechtenis	Vreemdelingen (excl. voorl. invr.)	Strafeinde	Geïnterneerden	Voorwaardelijke invrijheidstelling	Voorlopige invrijheidstelling (algemeen)	Voorlopige invrijheidstelling (bijzondere)	Andere	Totaal	Kind <3j.
Merkspas	10		43	54	23	37	13	3	183	
Wortel (& Tilburg)	12		120		24	155	27	9	347	
Antwerpen	1257	6	17	31	5	732	3	22	2073	
Mechelen	204	1	4		1	71		1	282	
Turnhout	283	4	2	23	1	111	1	2	427	
Hoogstraten	1		27		10	20	1		59	
Sint-Gillis	504	13	31	2	14	381	81	7	1033	
Leuven Centraal	3		11		6	143	15	7	185	
Vorst	916	1	8	58	1	312	5	43	1344	
Leuven Hulp	142	9	9	40		251	137	9	597	
Nivelles	155		8		9	49		2	223	
Berkendaal	131	1		4		61	12	1	210	7
Iltre			32		20	2	5	1	60	
Brugge	597	9	56	13	13	176	17	15	896	19
Ieper	135			1	1	49		4	190	
Ruiselede			6		6	1			13	
Gent	365	1	13	92	7	223	5	5	711	
Oudenaarde	94		4		2	28	1	3	132	
Dendermonde	263	1	14		5	183		2	468	
Mons	324	2	21	12	15	93	2	6	475	1
Tournai	166		14		10	67	2	5	264	
Jamioulx	441	1	9	35	8	108	2	2	606	
Marneffe			6		10	1	1		18	
Lantin	855	1	61	16	16	355	7	12	1323	3
Verviers	93	2			1	23			119	
Huy	59		2		3	21	1	1	87	
Paifve				30					30	
Hasselt	411		47		18	242	11	17	746	
Arlon	91	1	11		8	56	3	3	173	
Saint-Hubert	1		57		23	95			176	
Marche-en-Famenne	5				2				7	
Namur	230		8	11	6	61	2	2	320	
Dinant	102		4			24	1		131	
Andenne			31		9	2	9	1	52	
Totaal	7850	53	676	422	277	4133	364	185	13960	30

2. Internering

Er verblijven 1.084 geïnterneerden in de Belgische gevangenissen (Exclusief EDS Région Wallonne).

Ziektebeelden

Meer medische problemen in de gevangenis t.o.v. de gewone populatie:

- TBC (x16), HIV (x5), Hepatitis C (x7)
- alcohol en drugproblemen (x7), ervaring met heroïne (x54), veel tandbederf bij druggebruikers
- psychiatrie in opgang (5 à 10% van de gewone gedetineerden), psychose (x5), zelfmoord (x6)
- obesitas↑, diabetes↑, door voorschrijven van meer medicatie, door vergrijzing en door immobiliteit.

Onderstaande cijfergegevens hebben enkel betrekking op de Vlaamse inrichtingen.

Nationaliteit

Nationaliteit	Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totalen		
	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	%	vrouw
BELGISCHE	207	19	291	16	85	7	27	1	610	85,7%	43
NIET-BELGISCHE	25	2	67	3	3	0	7	1	102	14,3%	6
Totaal	232	21	358	19	88	7	34	2	712	100%	49

Leeftijdsverdeling

CBM	Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totalen		
	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	%	vrouw
gemiddeld	40,78	42,23	44,27	41,58	42,38	40,17	44,32	44,02	42,90		41,76
mediaan	39,35	43,24	43,33	35,27	39,21	36,80	40,79	44,02	41,46		39,63
min	20,33	23,36	19,50	20,35	22,66	23,91	28,19	32,05	19,50		20,35
max	73,48	63,51	83,91	76,38	70,50	60,33	68,51	56,00	83,91		76,38
aantal	232	21	358	19	88	7	34	2	712		49
- 20	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,1%	0
20-24	16	1	12	1	3	1	0	0	31	4,4%	3
25-29	26	2	31	3	11	1	2	0	70	9,8%	6
30-34	45	3	52	5	17	1	6	1	120	16,9%	10
35-39	35	2	49	2	15	2	7	0	106	14,9%	6
40-44	35	4	55	2	11	0	4	0	105	14,7%	6
45-49	19	2	41	1	5	0	4	0	69	9,7%	3
50-54	26	6	45	0	9	0	4	0	84	11,8%	6
55-59	12	0	33	3	6	1	3	1	54	7,6%	5
60-64	10	1	19	0	7	1	3	0	39	5,5%	2
65-69	7	0	13	0	3	0	1	0	24	3,4%	0
70-74	1	0	4	1	1	0	0	0	6	0,8%	1
+75	0	0	3	1	0	0	0	0	3	0,4%	1
blanco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
Totaal	232	21	358	19	88	7	34	2	712	100%	49

Duur van de huidige detentie (op datum van 24/12/2013)

CBM	Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totalen		
	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V		vrouw
gemiddeld	3,77	1,44	5,28	3,42	5,41	2,20	5,82	1,82	4,84		2,33
mediaan	2,05	1,37	2,88	1,82	2,26	1,59	2,73	1,82	2,49		1,47
min	0,04	0,09	0,07	0,10	0,05	0,49	0,10	1,20	0,04		0,09
max	29,26	4,47	33,65	22,55	42,99	6,03	32,08	2,43	42,99		22,55
aantal	229,00	21,00	358,00	19,00	88,00	7,00	34,00	2,00	709,00		49,00

CBM	Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totalen		
	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V		vrouw
tot 1 j	65	8	62	4	22	1	6	0	155	21,9%	13
1 - 2 j	47	6	72	7	18	3	7	1	144	20,3%	17
2 - 3 j	34	6	51	2	11	2	6	1	102	14,4%	11
3 - 4 j	18	0	24	3	4	0	0	0	46	6,5%	3
4 - 5 j	10	1	30	1	4	0	2	0	46	6,5%	2
5 - 6 j	8	0	14	0	4	0	0	0	26	3,7%	0
6 - 7 j	7	0	11	0	3	1	2	0	23	3,2%	1
7 - 8 j	6	0	17	0	3	0	2	0	28	3,9%	0
8 - 9 j	6	0	10	0	2	0	3	0	21	3,0%	0
9 - 10 j	6	0	5	0	2	0	2	0	15	2,1%	0
10 - 20 j	20	0	52	1	12	0	2	0	86	12,1%	1
20 - 30 j	2	0	9	1	1	0	1	0	13	1,8%	1
30 - 40 j	0	0	1	0	1	0	1	0	3	0,4%	0
+ 40 j	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,1%	0

Aantal VOP's	CBM	Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totalen		
		M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	%	vrouw
0		107	5	115	5	40	7	22	2	284	39,9%	19
1		53	7	73	6	10	0	4	0	140	19,7%	13
2		26	0	50	4	9	0	3	0	88	12,4%	4
3		16	3	37	1	6	0	1	0	60	8,4%	4
4		7	2	21	1	5	0	2	0	35	4,9%	3
5		5	1	16	1	5	0	0	0	26	3,7%	2
6		3	1	8	0	4	0	0	0	15	2,1%	1
7		4	0	10	0	3	0	2	0	19	2,7%	0
8		4	1	8	0	1	0	0	0	13	1,8%	1
9		1	0	7	0	1	0	0	0	9	1,3%	0
10		1	0	3	0	0	0	0	0	4	0,6%	0
11		1	0	2	1	0	0	0	0	3	0,4%	1
12		0	0	3	0	0	0	0	0	3	0,4%	0
13		2	0	0	0	0	0	0	0	2	0,3%	0
14		0	0	1	0	1	0	0	0	2	0,3%	0
15		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
16		1	1	0	0	1	0	0	0	2	0,3%	1
17		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
18		1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1%	0
19		0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,1%	0
20		0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,3%	0
21		0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,1%	0
22		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
23		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
24		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
25		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
26		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
27		0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,1%	0
28		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
29		0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,1%	0
30		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
Totaal		232	21	358	19	88	7	34	2	712	100%	49
gemiddeld		1,61	2,81	2,47	1,95	2,60	0,00	1,03	0,00	2,14		1,96
mediaan		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00		1,00
min		0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
max		18	16	29	11	27	0	7	0	29		16
aantal		232	21	358	19	88	7	34	2	712		49

Aantal diagnostische aanduidingen per soort en zowel per CBM als in totaal

diagnosecategorieën (niet DSM)	CBM	Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totalen		
		M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	%	vrouw
D01 Persoonlijkheidsst. duster A		6	0	26	1	10	1	3	0	45	3,1%	2
D02 Persoonlijkheidsst. duster B		74	11	207	15	51	5	15	1	347	24,3%	32
D03 Persoonlijkheidsst. duster C		8	0	3	1	3	0	0	0	14	1,0%	1
D04 Stemningsstoornis : depressie		3	2	3	0	0	0	0	0	6	0,4%	2
D05 Stemningsstoornis : manie		0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,1%	0
D06 Stemningsstoornis: bipolair		1	0	9	1	3	0	0	0	13	0,9%	1
D07 Psychose : schizofrenie		37	3	39	4	8	0	3	0	87	6,1%	7
D08 Psychose : andere		62	2	52	1	15	1	8	1	137	9,6%	5
D09 Mentale beperking		93	9	66	1	12	1	5	0	176	12,3%	11
D10 Autisme spectrum stoornis		14	0	17	0	1	0	2	0	34	2,4%	0
D11 Dementie		0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,1%	0
D12 niet aangeboren hersenletsel		14	1	5	0	0	0	0	0	19	1,3%	1
D13 Middelen gebruik: alcohol		38	1	46	2	13	0	2	1	99	6,9%	4
D14 Middelen gebruik drugs		58	5	117	6	21	1	5	0	201	14,1%	12
D15 Middelengebruik medicatie		0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,1%	0
D16 Angststoornis		2	1	3	0	0	0	0	0	5	0,3%	1
D17 Seksuele stoornissen: parafilie		8	0	65	0	13	0	7	0	93	6,5%	0
D18 Seksuele stoornissen: anderen		12	0	27	0	4	0	4	0	47	3,3%	0
D19 Psychopathie (cfr PCL-r)		13	0	40	1	5	0	3	0	61	4,3%	1
D20 Relevante somat. problematiek		5	1	3	1	1	0	2	0	11	0,8%	2
D21 andere		16	5	7	0	3	1	4	1	30	2,1%	7
blanco		232	22	336	23	100	11	39	2	707		58
Totaal		696	63	1074	57	264	21	102	6	2136		147
Totaal niet blanco		464	41	738	34	164	10	63	4	1429	100%	89
gem. aantal diagn.		2,00	1,95	2,06	1,79	1,89	1,67	2,10	2,00	2,02		1,85
aantal personen		232	21	358	19	87	6	30	2	707		48

Gecombineerde diagnoseaanduidingen

	Pers. St	Psychot. St.	Ment. beperk.	Middelen	Seksuele St.	Andere	Totaal
Persoonlijheids Stoornis	54						54
+Psychotische Stoornis	31						31
+Mentale beperking	25	2					27
+Middelen Problematiek	96	24	23				143
+Seksuele Problematiek	32	3	11	8			54
+Andere Problemen	38	10	3	19	14		84
Psychotische Stoornis		70					70
+Mentale beperking		12					12
+Middelen Problematiek		44	6				50
+Seksuele Problematiek		4	1	1			6
+Andere Problemen		10	1	2	1		14
Mentale beperking			27				27
+Middelen Problematiek			13				13
+Seksuele Problematiek			21	2			23
+Andere Problemen			13	8	8		29
Middelen problematiek				12			12
+Seksuele Problematiek				5			5
+Andere Problemen				14	3		17
Seksuele Problematiek					13		13
+Andere Problemen					11		11
Andere Problemen						12	12
Totaal	276	179	119	71	50	12	707
blanco							5
aantal personen met :							
		persoonlijheidsstoornis	393	55,2%			
		psychotische stoornis	222	31,2%			
		mentale beperking	176	24,7%			
		middelen problematiek	280	39,3%			
		seksuele problematiek	138	19,4%			
		andere problemen	167	23,5%			
		blanco	5	0,7%			

Aanduidingen van het intellectueel niveau

CBM	Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totaal		
	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	%	vrouw
ja - 317 (IQ 50-55 tot 70)	45	3	27	3	12	1	3	0	87	12,2%	7
ja - 318.0 (IQ 35-40 tot 50-55)	7	4	5	0	0	0	1	0	13	1,8%	4
ja - 318.1 (IQ 20-25 tot 35-40)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
ja - 318.2 (IQ < 20-25)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
ja - 319 mentale beperking NNO	7	1	0	0	0	0	0	0	7	1,0%	1
ja - V62.89 intellectueel beperkt func	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0,6%	0
ja - hoog begaafd (>120)	1	0	10	1	3	0	0	0	14	2,0%	1
ja - middelmatig begaafd (80-120)	44	6	118	4	31	1	5	0	198	27,8%	11
ja - beperkt begaafd (70-79)	32	0	40	2	8	0	1	0	81	11,4%	2
nee-niet gespecificeerd	92	7	158	9	34	5	24	2	308	43,3%	23
Totaal	232	21	358	19	88	7	34	2	712	100%	49

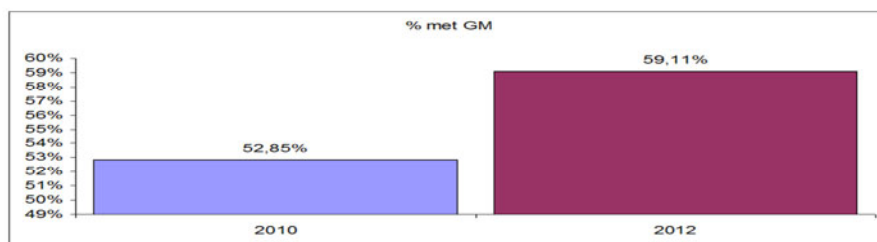
CBM		Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totalen		
Advies PSD		M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	%	vrouw
A01	Annexe	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0,4%	0
A02	IBM Justitie / High Risk	33	1	85	0	18	0	5	0	141	19,8%	1
A03	EDS Tournai	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0,3%	0
A05	Ambulant	10	5	29	1	5	0	0	0	44	6,2%	6
A06	Ambulant +	1	0	7	0	4	0	0	0	12	1,7%	0
A07	Structuur zonder wettelijke erk.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
A08	Therapeutische Gemeenschap	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1%	0
A09	Algemeen Ziekenhuis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
A10	PAAZ	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1%	0
A11	Psychiatrisch Ziekenhuis	24	0	15	3	2	1	2	1	43	6,0%	5
A12	PVT	1	0	5	0	1	0	0	0	7	1,0%	0
A13	Beschut Wonen	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,3%	0
A14	RVT/ WZC	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0,1%	1
A15	VAPH regulier	11	1	14	1	2	0	1	0	28	3,9%	2
A16	VAPH specifieke erkenning	16	0	12	0	5	0	3	0	36	5,1%	0
A17	Seksuele Delinquenten spec. erk.	7	0	20	0	4	0	0	0	31	4,4%	0
A18	MS	30	1	66	8	19	2	9	0	124	17,4%	11
A19	For BeWo	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0,3%	0
A20	For PVT	6	1	15	0	2	0	1	0	24	3,4%	1
A21	Residentiële setting	44	8	63	6	18	2	3	0	128	18,0%	16
A22	andere	39	3	15	0	1	0	2	0	57	8,0%	3
A23	geseind/ spoorloos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
blanco		2	0	9	0	6	2	8	1	25	3,5%	3
Totaal		232	21	358	19	88	7	34	2	712	100%	49
penitentiële instelling		15,9%	4,8%	23,7%	0,0%	21,6%	0,0%	14,7%	0,0%	20,5%		2,0%
residentiële behandeling		56,9%	47,6%	53,1%	94,7%	56,8%	71,4%	52,9%	50,0%	54,8%		69,4%
wonen		3,9%	9,5%	6,4%	0,0%	3,4%	0,0%	2,9%	0,0%	5,1%		4,1%
ambulant		4,7%	23,8%	10,1%	5,3%	10,2%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%		12,2%

Beslissing CBM

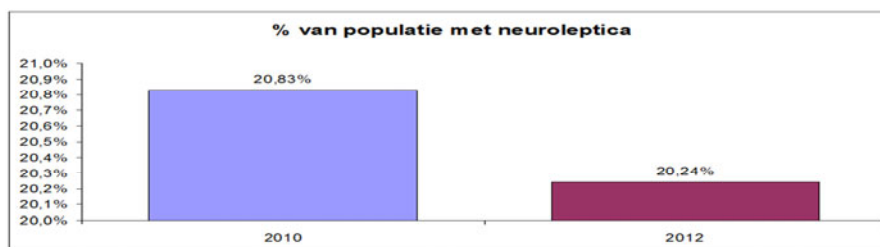
CBM		Gent		Antwerpen		Leuven		Vorst		totalen		
Beslissing		M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	vrouw	M/V	%	vrouw
A01	Annexe	0	0	1	0	5	0	0	0	6	0,8%	0
A02	IBM Justitie / High Risk	21	1	93	0	20	1	8	1	142	19,9%	3
A03	EDS Tournai	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0,3%	0
A05	Ambulant	18	5	16	0	9	0	1	0	44	6,2%	5
A06	Ambulant +	2	0	1	0	3	0	0	0	6	0,8%	0
A07	Structuur zonder wettelijke erk.	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,1%	0
A08	Therapeutische Gemeenschap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
A09	Algemeen Ziekenhuis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
A10	PAAZ	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0,3%	1
A11	Psychiatrisch Ziekenhuis	18	1	14	0	1	0	1	0	34	4,8%	1
A12	PVT	0	0	4	0	1	0	0	0	5	0,7%	0
A13	Beschut Wonen	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0,3%	0
A14	RVT/ WZC	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0,1%	1
A15	VAPH regulier	24	4	10	0	3	0	0	0	37	5,2%	4
A16	VAPH specifieke erkenning	5	0	8	0	1	0	1	0	15	2,1%	0
A17	Seksuele Delinquenten spec. erk.	5	0	24	0	4	0	0	0	33	4,6%	0
A18	MS	19	1	74	11	20	2	7	0	120	16,9%	14
A19	For BeWo	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0,1%	1
A20	For PVT	1	0	10	0	2	0	1	0	14	2,0%	0
A21	Residentiële setting	76	4	70	6	14	3	8	0	168	23,6%	13
A22	andere	35	2	26	0	2	0	2	0	65	9,1%	2
A23	geseind/ spoorloos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0
blanco		2	0	5	2	3	1	4	1	14	2,0%	4
Totaal		232	21	358	19	88	7	34	2	712	100%	49
penitentiële instelling		9,9%	4,8%	26,3%	0,0%	28,4%	14,3%	23,5%	50,0%	21,1%		6,1%
residentiële behandeling		63,4%	47,6%	55,9%	89,5%	48,9%	71,4%	50,0%	0,0%	57,2%		65,3%
wonen		1,3%	9,5%	4,2%	0,0%	3,4%	0,0%	5,9%	0,0%	3,2%		4,1%
ambulant		8,6%	23,8%	4,7%	0,0%	13,6%	0,0%	2,9%	0,0%	7,0%		10,2%

3. Medicatiegebruik in de Belgische gevangenissen

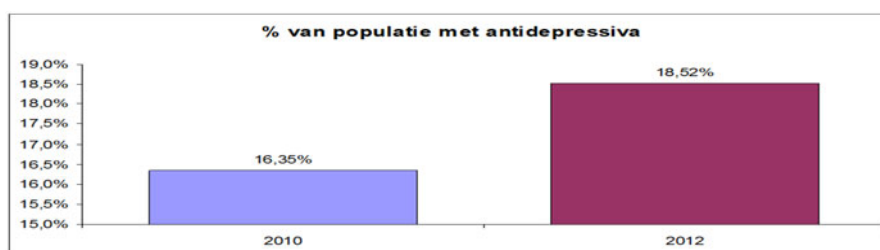
Aantal met medicatie



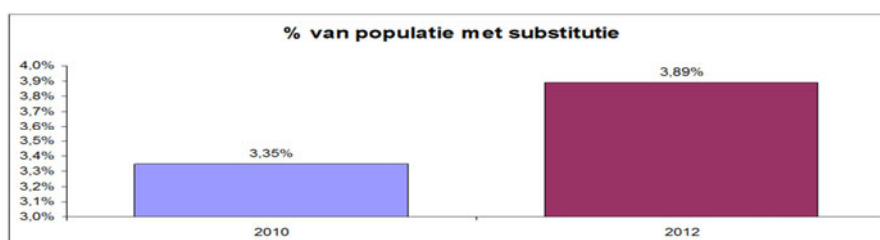
Neuroleptica



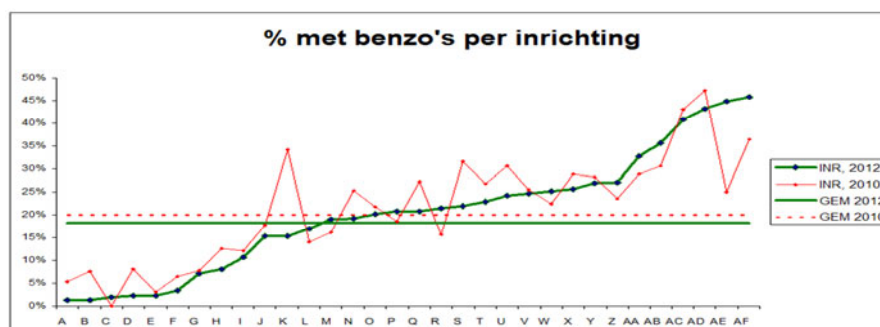
Antidepressiva

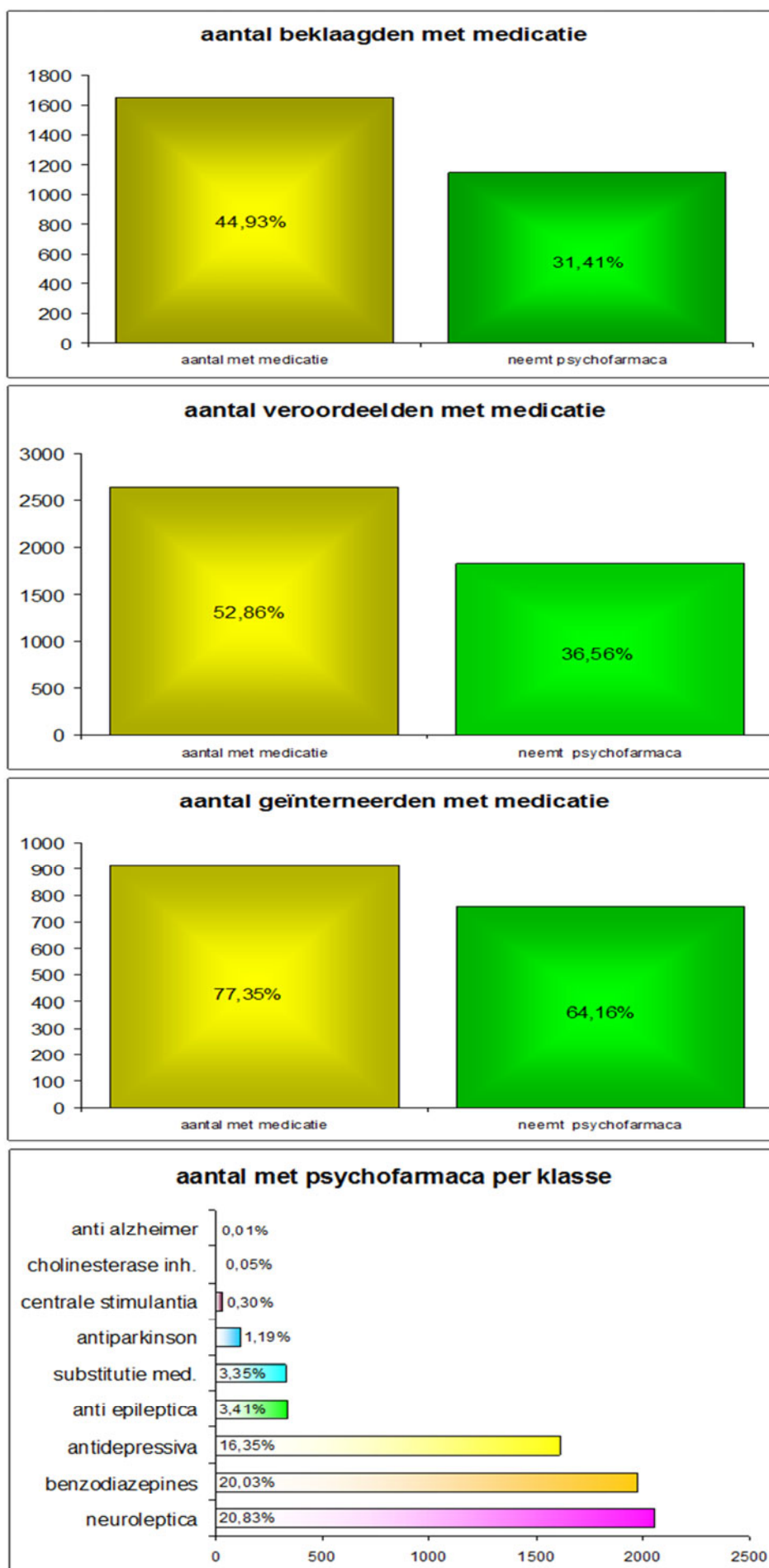


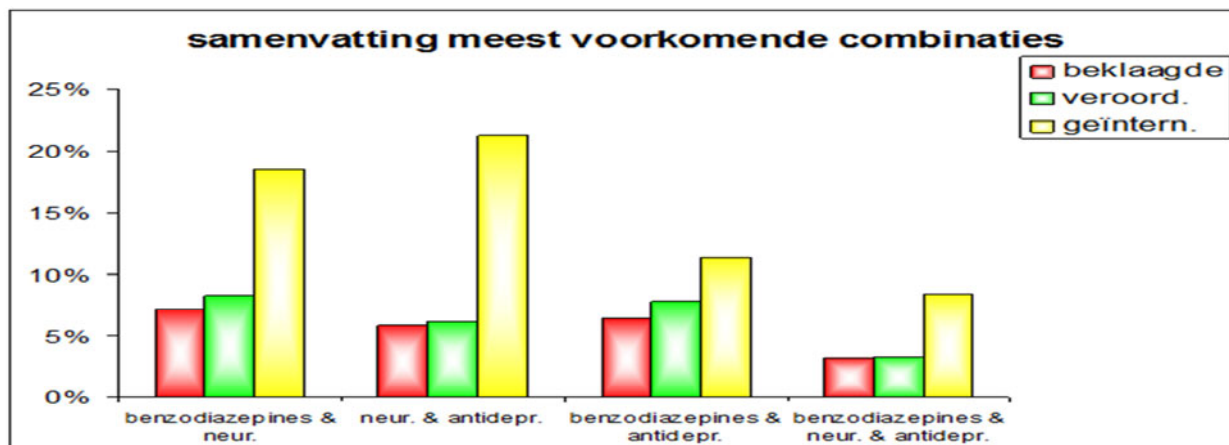
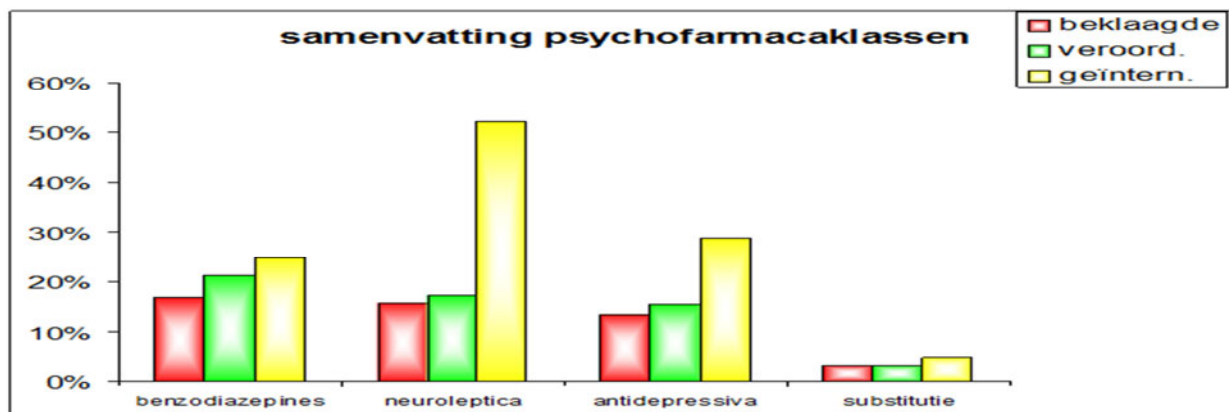
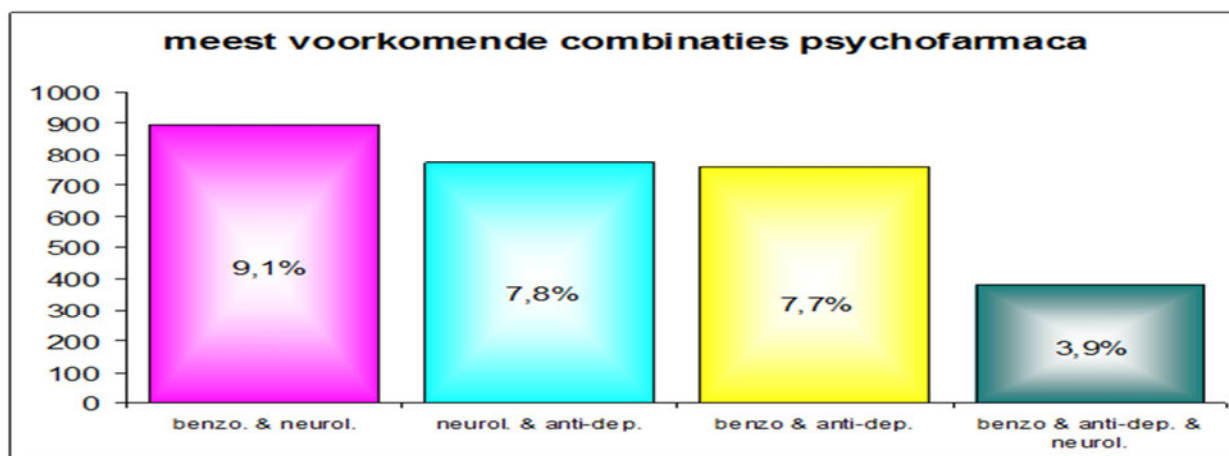
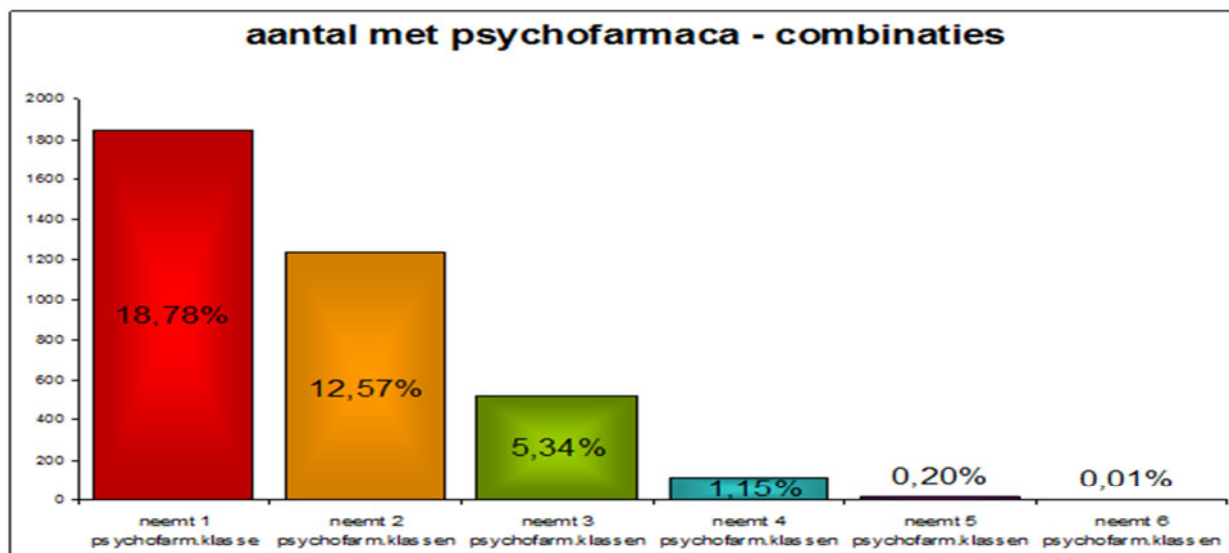
Substitutie (methadone en suboxone)

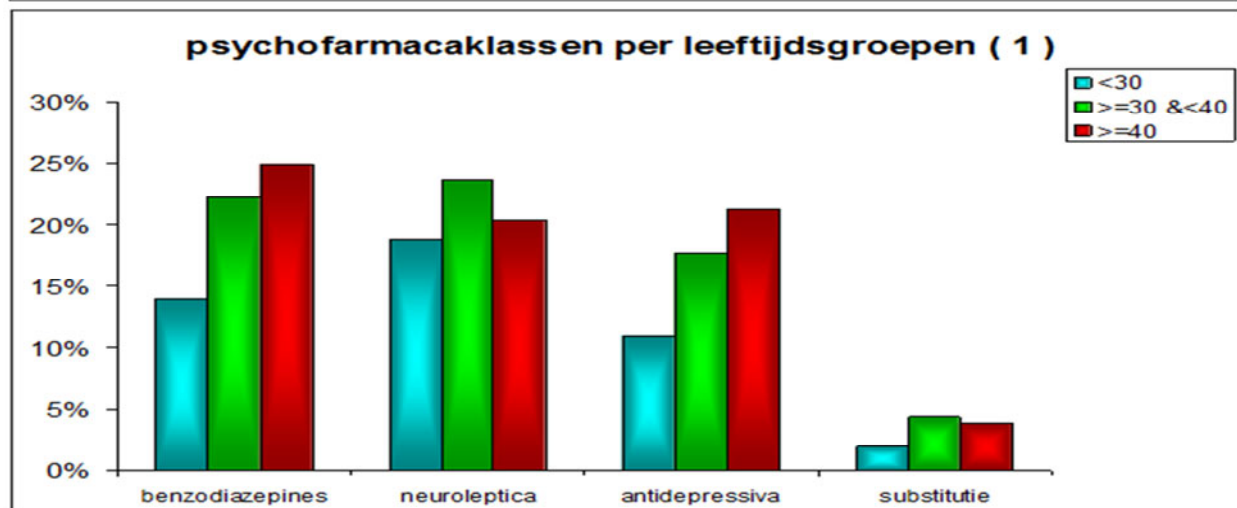
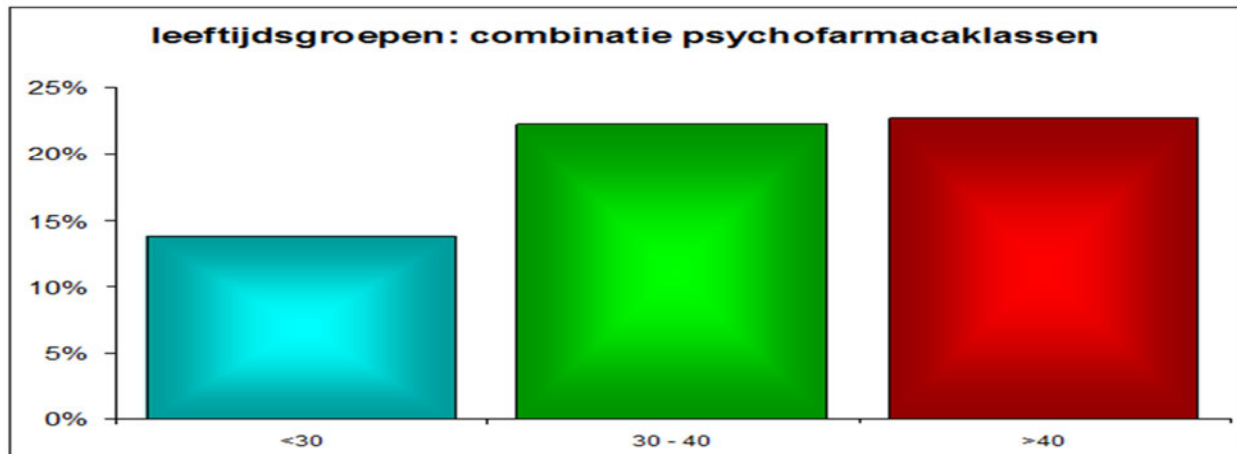
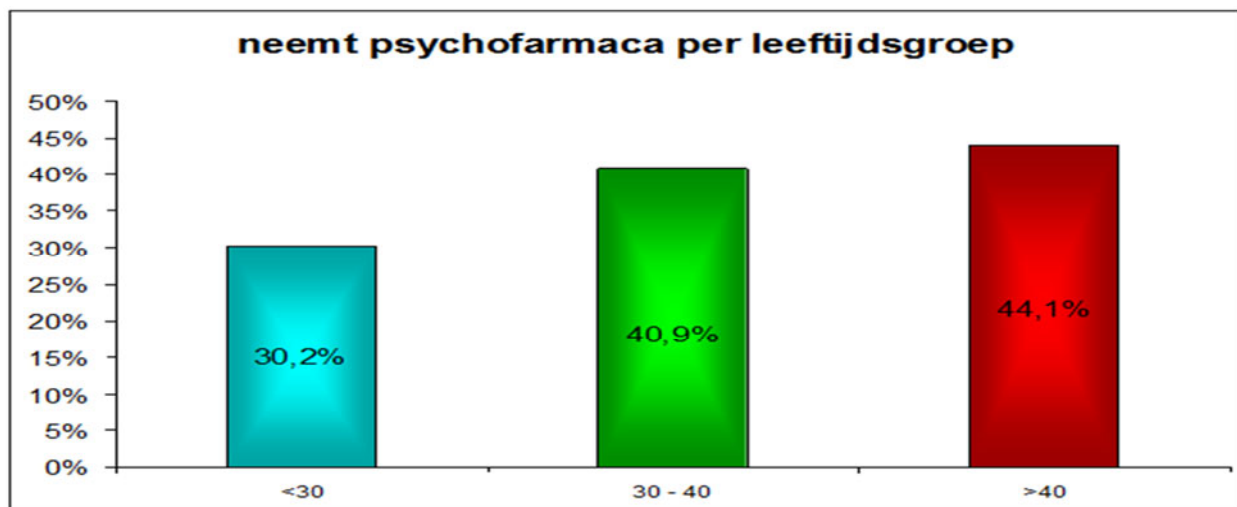
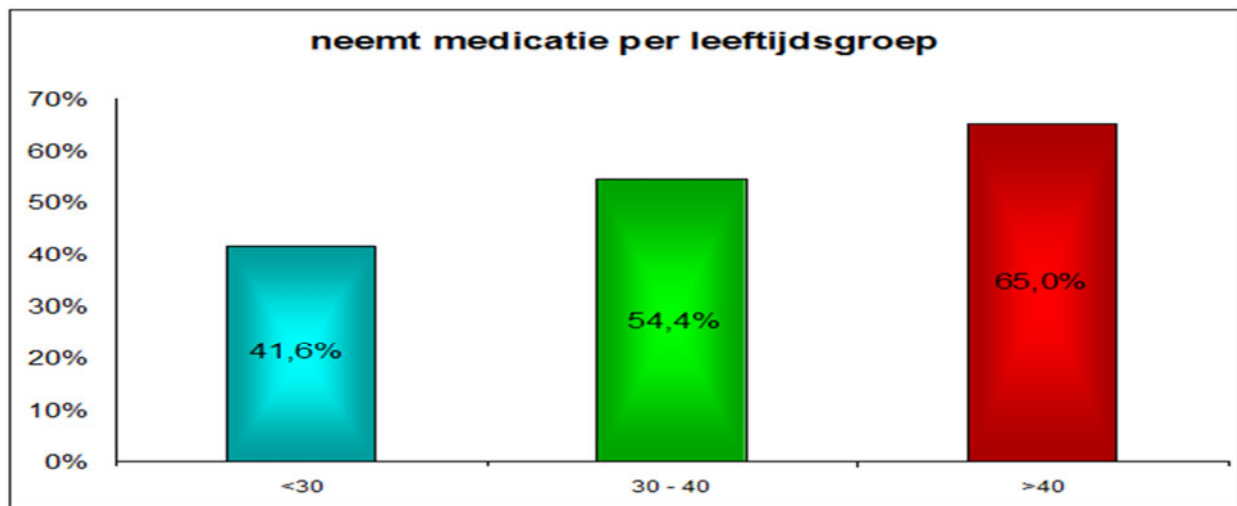


Benzodiazepines









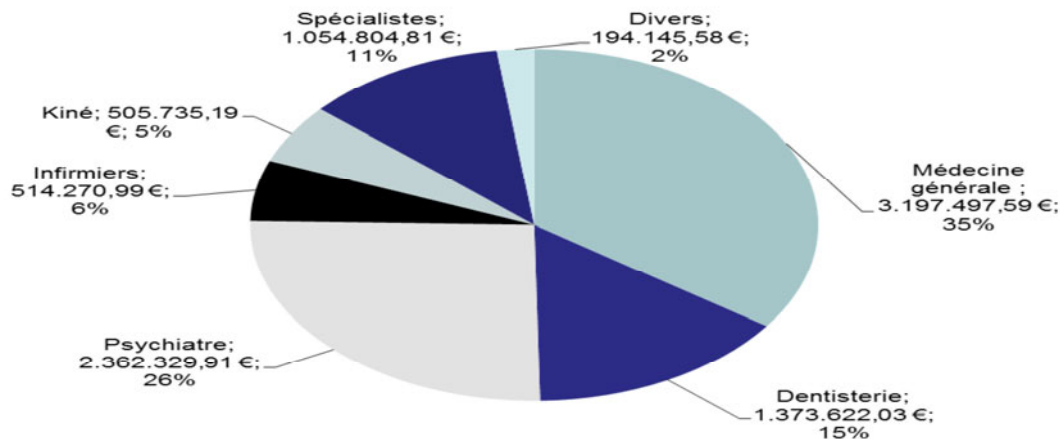
5. Budgettair overzicht

De resultaten zijn gebaseerd op het budget 2013, de cijfers van de DGGZ en DGEPI in 2012 en FOD Volksgezondheid in 2010.

Per beroepsgroep

- Huisartsen, tandartsen en specialisten: Maandelijks kostprijs: +/- 450.000 €
- Paramedische beroepen: Maandelijks kostprijs: +/- 160.000 €
- Psychiaters (Zorg en expertise): Maandelijks kostprijs: +/- 320.000 €
- Zelfstandige zorgverleners:
 - Totale kostprijs in 2012: 9.202.406,10 €
 - Kostprijs per bezet bed (jaarlijks): 1.022,03 €.

Zelfstandige zorgverleners



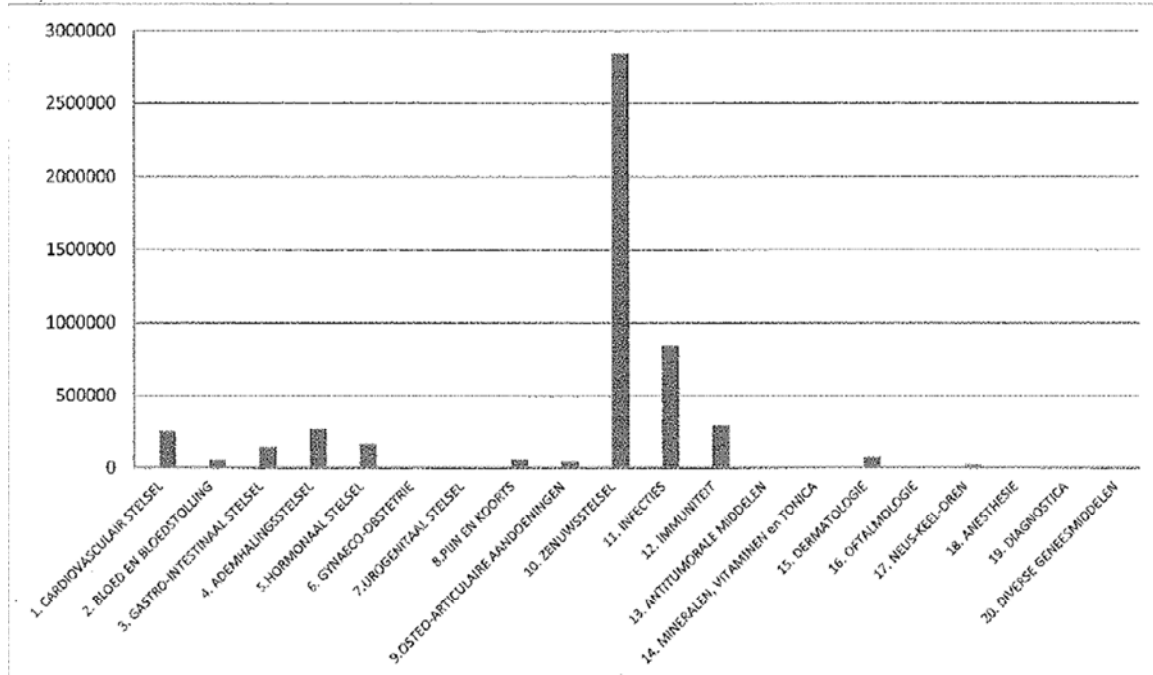
Vergelijking kostprijs gedetineerde / in vrijheid

- RIZIV (2010): Honoraria huisartsen: 128 €/persoon/jaar
- Dienst DGGZ: Honoraria huisartsen 2012: 288 €/persoon/jaar

Medicatie

- Honoraria: 1.793.310,30 €
 - Bereidingen: 924.011,92 €
 - Geneesmiddelen: 6.142.060,19 €
- Totaal: 8.859.382,41 €**

Overzicht van betaalde bedragen (groothandelsprijs) in 2012 voor medicatie waarvoor een RIZIV tussenkomst voor gerechtigde personen voorzien wordt



6. Besluit

Uit de veelheid van beschikbare gegevens kunnen er vele conclusies getrokken worden, waarvan de volgende zeer zeker belangwekkend zijn:

- Ondanks de vaak geformuleerde kritiek blijkt uit de beschikbare gegevens dat het gevangeniswezen wel degelijk een aanzienlijke hoeveelheid middelen spendeert aan de fysieke en geestelijke gezondheid van haar populatie.
- Algemene maatschappelijke tendensen, zoals onder andere de vergrijzing en de drugproblematiek, vinden ook hun weerslag in de kenmerken van een gevangenispopulatie en vertalen zich ook in de zorgbehoeften en zorgverlening door het gevangeniswezen.
- Ondanks de bouw van 2 forensische psychiatrische centra zal het gevangeniswezen – toch zeker nog voor een aanzienlijke periode – geconfronteerd worden met de organisatie van een psychiatrische zorgverlening, niet alleen aan beklaagden en gedetineerden, maar ook aan een aanzienlijk aantal geïnterneerden; en dit ten gevolge van een nog steeds te beperkte capaciteit aan voorzieningen voor deze groep binnen de reguliere en categorale psychiatrische voorzieningen buiten het gevangeniswezen.
- Er bestaat een grote overeenkomst tussen de inschatting van de psychiatrische noden door de daartoe bevoegde instanties binnen het gevangeniswezen (namelijk de psychosociale diensten in elke gevangenis) en door de juridische instanties (de commissies ter bescherming van de maatschappij die het zorgverleningstraject van de geïnterneerden vanuit maatschappelijk oogpunt bewaken) over de vaststelling van een belangrijke niet ingevulde behoefte aan residentiële psychiatrische opvang zonder hoog beveiligingsniveau.

ADVIES VAN DE KONINKLIJKE ACADEMIE VOOR GENEESKUNDE BETREFFENDE DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE



Paul Cosyns, em.
professor psychiatrie,
Universiteit Antwerpen;
em. directeur Universitair Forensisch Centrum,
Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Inleiding

De penitentiaire forensische psychiatrie heeft in België een unieke en baanbrekende start gekend in het begin van de 20^{ste} eeuw met de oprichting van een ‘antropologisch laboratorium’ in de gevangenis van Vorst door Dr. Louis Vervaeke in 1907. In 1921 werd de ‘Penitentiaire Antropologische Dienst’ gesticht met ‘laboratoria’ in 12 gevangenissen en in 1930 werd de wet tot bescherming van de maatschappij betreffende de internering van ernstig psychiatrisch gestoorde misdadigers goedgekeurd. De humanistische en genereuze ideologie van de beweging van ‘het sociaal verweer’ lag aan de grondslag van deze initiatieven. Bijna honderd jaar later moeten wij nochtans een compleet fiasco van de forensische psychiatrie vaststellen door een gebrek aan degelijk opleidingswetenschappelijk onderzoek en kwalitatieve psychiatrische penitentiaire zorg.

Bovendien is België sinds 1998 al meermaals veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens voor de opsluiting van geïnterneerden in daartoe ongeschikte inrichtingen. Op 9 januari 2014 is België hiervoor opnieuw achtmaal veroordeeld (de arresten Caryn, Gelaude, Lankester, Moreels, Oukili, Plaisier, Saadouni, Van Meroye). De bevoegde internationale instanties richten hun aandacht al geruime tijd op de schendingen van de grondrechten van de geïnterneerden in ons land. De structurele overbevolking van onze gevangenissen en het gebrek aan een regulerend kader zorgen ervoor dat geïnterneerden niet kunnen worden opgevangen in een geschikte therapeutische structuur. Dit heeft nefaste gevolgen voor hun welzijn en voor hun kansen op re-integratie.

De ‘Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden’ stelt in artikel 88 dat de gedetineerde recht heeft “op een gezondheidszorg die gelijkwaardig is met de gezondheidszorg in de vrije samenleving en die aangepast is aan zijn specifieke noden” (bijvoorbeeld tijdens de uitvoering van tuchtsancties). Gevangenisartsen dienen de Code van Geneeskundige Plichtenleer van de Orde van Geneesheren

Samenvatting

Het advies van 26 april 2014 van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) verdedigt drie stellingen:

1. De nood aan erkenning van een bijzondere beroepsbekwaamheid in de forensische psychiatrie, waarvoor een degelijk Vlaams interuniversitair opleidingsprogramma moet worden uitgewerkt.
2. Een bijzondere aandacht moet worden geschonken aan het wetenschappelijk onderzoek in de forensische psychiatrie.
3. De gezondheidszorg en de psychiatrische zorg in de gevangenissen moeten niet langer tot de bevoegdheid van justitie maar wel tot die van volksgezondheid behoren. In dit verband moeten belangrijke begeleidende maatregelen worden genomen, zoals de financiering via de sociale zekerheid. Deze maatregelen zijn urgent, zeker gezien de komst van de twee forensische psychiatrische centra in Vlaanderen (Gent en Antwerpen).

te respecteren. Ook de patiëntenrechten zijn van toepassing in het penitentiair milieu, mits enkele beperkingen:

- De beperkte keuze van de behandelende arts
- De keuze van een vertrouwenspersoon is beperkt tot de eigen arts of een advocaat
- De gedetineerde/geïnterneerde heeft recht op inzage van het patiëntendossier, maar mag geen kopij ervan in eigen handen ontvangen.

Artikel 88 van de basiswet impliceert ook dat gedetineerden aanspraak kunnen maken op medische zorgverlening geregeld door bijzondere gezondheidswetten, die niet onder de patiëntenrechtenwet vallen, zoals het verzoek om euthanasie, zwangerschapsafbreking, wegnemen van organen, palliatieve zorgen... Wegens het ontbreken van uitvoeringsbesluiten wat betreft het hoofdstuk VII "Gezondheidszorg en gezondheidsbescherming" van deze wet, zijn de vermelde rechten nochtans niet afdwingbaar door de gedetineerde. Dit neemt niet weg dat hij er rechten kan uit putten.

Rekening houdend met het voorgaande vindt de KAGB, samen met het Vlaams Geneeskundigenverbond, het belangrijk te pleiten voor een structurele aanpak, die op korte termijn een blijvende verbetering op het terrein tot gevolg heeft (KAGB-2014). Met de oprichting van twee hoog beveiligde Forensisch Psychiatrische Centra in Gent en Antwerpen is de tijd gekomen om de nodige structurele maatregelen te nemen. Dit advies bouwt ook voort op het advies van de KAGB van 28 juni 2013 over de uitdagingen waar de psychiatrie voor staat op het gebied van opleiding, wetenschappelijk onderzoek en beroepsuitoefening.

Betreffende de 'schande' van de internering in België?

De internering in cijfers

België telt net meer dan 4.000 geïnterneerden waarvan 1.100 (25%) opgesloten zijn in penitentiaire instellingen¹. De overigen (75%) verblijven in de gemeenschap en worden behandeld en opgevolgd in het forensisch zorgnetwerk. Een minderheid wordt residentieel opgenomen² terwijl de overigen (+/- 2.300 geïnterneerden) in de vrije gemeenschap ambulantly opgevolgd worden (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg of private therapeuten). Jaarlijks worden er ongeveer 350 interneringsmaatregelen uitgesproken door de rechtbanken. Dit cijfer schommelt jaarlijks wat, maar de trend blijft stabiel door de jaren heen. De totale penitentiaire populatie telt in 2014 nagenoeg 11.000 gedetineerden³, waarvan de opgesloten geïnterneerden dus 11% vertegenwoordigen. Dit percentage opgesloten geïnterneerden stijgt lichtjes met de jaren, voornamelijk omdat hun uitstroom uit de gevangenis moeilijker verloopt om uiteenlopende redenen.

De meest voorkomende psychiatrische stoornissen van opgesloten geïnterneerden zijn in Vlaanderen persoonlijkheidsstoornissen, psychosen, mentale handicap, parafilie (seksuele stoornissen) en middelenafhankelijkheid (Cosyns et al., 2007). De forensische populatie is, vergeleken met de reguliere psychiatrische populatie, ook gekenmerkt door een grotere graad van comorbiditeit (het cumuleren van meerdere psychiatrische diagnoses) en de cumulatie met bijkomende sociale en financiële problemen.

De geïnterneerden die in de gemeenschap verblijven (75% van de totale groep geïnterneerden) hebben toegang tot de reguliere zorg, zoals elke Belg. De Federale Overheids-

diensten Volksgezondheid en Justitie hebben in 2009 een meerjarenplan ontwikkeld met het oog op de implementatie van een zorgtraject voor forensisch psychiatrische patiënten. De Vlaamse Gemeenschap werkt mee aan lopende programma's om de zorg voor deze kwetsbare groep verder te optimaliseren. De bedoeling is de uitstroom van geïnterneerden uit de gevangenis maximaal te bevorderen met het oog op een optimale haalbare sociale re-integratie. De overheid streeft naar de integratie van geïnterneerde personen in de netwerken van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg.

De 'schande' van de internering

De 'schande' van de internering betreft 1.100 opgesloten geïnterneerden in penitentiaire instellingen⁴ die geen toegang hebben tot een medisch verantwoorde behandeling volgens de huidige stand van de wetenschap en vergeleken met de behandelmogelijkheden in de reguliere psychiatrische zorg. De medische discipline psychiatrie heeft, zoals de geneeskunde in het algemeen, in de tweede helft van de vorige eeuw een enorme vooruitgang geboekt op het vlak van de psychofarmacologie, psychotherapie en sociotherapie. De psychofarmacologie vond beslist haar intrede in de penitentiaire instellingen, echter psychofarmacoma toedienen zonder degelijke diagnose en individueel zorgplan blijft ontoereikend.

De penitentiaire beambten die werken met geïnterneerden zijn welwillend en vervullen hun taak naar best vermogen, maar het neemt niet weg dat een gevangenisomgeving niet geschikt is voor zorgverlening. Deze mensonwaardige en onethische situatie werd sinds tientallen jaren regelmatig aangeklaagd, maar zonder succes, door zorgverleners (Verbruggen et al., 2008; Cosyns et al., 2013) en magistraten betrokken bij deze populatie, alsook door diverse organen zoals de Orde van Geneesheren, de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen of de Penitentiaire Gezondheidsraad (zie Advies 2009/1)⁵.

Deze vaststelling van ontoereikende penitentiaire psychiatrische zorg geldt ook voor de globale populatie gedetineerden die 11.000 personen telt (beklaagden, veroordeelden en geïnterneerden). Deze populatie opgesloten beklaagden en veroordeelden vormt een fysiek en mentaal kwetsbare groep met een verhoogd voorkomen van ziekten zoals soa's, TBC (x16), HIV (x5), hepatitis C (x7), alcohol- en drugproblemen (x7), heroïnegebruik (x54) (Van Mol, 2013). De psychiatrische morbiditeit van een gevangenispopulatie is significant groter dan die van de algemene bevolking, niet alleen voor (antisociale) persoonlijkheidsstoornissen maar ook voor majore psychiatrische stoornissen, zoals bij voorbeeld psychotische stoornissen (x5) en zelfmoord (x6) (Fazel et al. 2012, Van Mol 2013).

Het geschoold zorgpersoneel in de gevangenis en de zorginfrastructuur van de psychiatrische annexen voldoen niet aan de zorgnormen van ons land. Daar waar het aanbod van de somatische zorg voor gedetineerden de laatste jaren duidelijk verbeterd is, moeten wij vaststellen dat de behandeling op psychiatrisch vlak ook voor deze populatie van niet geïnterneerde gedetineerden ondermaats blijft (Reflectiegroep 'zorg en detentie', 2014, Cosyns et al 2013).

Hoe is het zover kunnen komen?

Het antwoord op deze vraag ligt in het feit dat wie in de gevangenis opgesloten wordt de facto zijn rechten op

gezondheidszorg en tussenkomst van mutualiteiten en RIZIV verliest, en dat justitie, die hiervoor zou moeten instaan, in deze opdracht faalt. De regelgeving van de reguliere gezondheidszorg is niet van toepassing binnen de muren van een penitentiaire instelling, maar wel daarbuiten als, bijvoorbeeld, de gedetineerde genietende van de ene of andere maatregel tijdelijk buiten de gevangenis verblijft. Er bestaat geen enkele vorm van controle over de kwalificaties van de zorgverleners, noch over de aard en kwaliteit van de verstrekte zorg in de gevangenissen. Van de penitentiaire zorgverleners zou men verwachten dat zij professioneel onafhankelijk zijn en zouden handelen op basis van medische criteria.

De opeenvolgende ministers van justitie hebben de laatste decennia duidelijk gefaald in hun opdracht de penitentiaire zorg voor geïnterneerden op een medisch-ethisch verantwoord niveau te brengen. De herhaalde veroordelingen van België door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens voor de opsluiting van geïnterneerden in daartoe ongeschikte penitentiaire instellingen zijn een rechtstreeks gevolg van deze falende zorgfunctie.

Welke oplossing voor de behandeling van geïnterneerden?

Geïnterneerden zijn patiënten en horen niet thuis in een penitentiaire instelling die bij definitie geen geschikt milieu is voor zorgverlening. Uit het voorgaande kan men het logisch besluit trekken dat justitie haar zorgfunctie moet uitbesteden aan volksgezondheid wiens maatschappelijke functie en rol het is om mensen te verzorgen en te behandelen. De KAGB is van oordeel dat de psychiatrische zorg in de gevangenissen erbij gebaat zou zijn indien die onder de bevoegdheid zou vallen van volksgezondheid in plaats van justitie. Meer zelfs, de KAGB bepleit de volledige overheveling van de penitentiaire gezondheidszorg naar volksgezondheid, zoals in een stijgend aantal andere lidstaten van de Europese Unie. Daarbij vindt de KAGB dat de ontwikkelingen van het algemeen gezondheidsbeleid in de Belgische samenleving ook moeten uitgewerkt worden in de gevangenissen. Dit betekent concreet het volgende:

- De integratie van de penitentiaire zorg in het federaal beheer van de gezondheidszorg met een financiering via het RIZIV voor de geneeskundige verstrekkingen en via de Gemeenschappen voor de preventie en met een personeelskader conform de normen die in de gezondheidssector worden toegepast.
- Toegang van de gedetineerden tot een kosteloze ziekteverzekering mits een extra financiering vanuit justitie.
- De professionele onafhankelijkheid van de zorgverlener dient maximaal verzekerd te worden.
- Oprichting van een Instituut Gezondheidszorg Gevangenissen zoals voorgesteld door de Penitentiaire Gezondheidsraad in zijn advies van 2009/1 als overkoepelend orgaan om de gezondheidszorg in de gevangenissen tot een coherent, gecoördineerd en efficiënt geheel uit te bouwen.

Opleiding en onderzoek in de forensische psychiatrie

De Forensische Psychiatrie als medische discipline bestaat niet als dusdanig aan de Vlaamse (en Franstalige) medi-

sche faculteiten. Deze verwaarlozing heeft tot gevolg dat ze niet gedoceerd wordt en dat er quasi geen toegang is tot de fondsen voor wetenschappelijk onderzoek in dit domein. De KAGB pleit voor een interuniversitaire opleiding in de forensische psychiatrie en de officiële erkenning van de forensische psychiatrie als subdiscipline van de psychiatrie (zie de bijdrage van C. Dillen in dit nummer). De KAGB pleit verder voor een geïntegreerde visie op het psychiatrisch wetenschappelijk onderzoek dat structureel onderontwikkeld is in ons land (zie de bijdrage van K. Goethals in dit nummer).

Besluit

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België heeft dit advies over de forensische psychiatrie uitgebracht naar aanleiding van de opening van het Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent en de bouw van het Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen, en als antwoord op de decennialange verwaarlozing door justitie van de patiëntenpopulatie geïnterneerden. Deze situatie is volkomen onethisch op medisch vlak en betekent een schending van de grondrechten van de geïnterneerden. De KAGB verdeelt drie stellingen: 1/ de nood aan universitaire opleiding in de forensische psychiatrie en erkenning van een bijzondere beroepsbekwaamheid in dit vak, 2/ een bijzondere aandacht voor wetenschappelijk onderzoek en 3/ een overheveling van de zorgfunctie van justitie naar volksgezondheid. Deze bijdrage verduidelijkt in hoofdzaak deze laatste stelling.

¹ Volgens de cijfers van de Federale Overheid Justitie gaat het voornamelijk om de penitentiaire instellingen van Merksplas met 32% geïnterneerden, Vorst (10%), Antwerpen (8%), Namen (6%), Turnhout (6%) en Gent (6%).

² De residentiele opnamemogelijkheden buiten de gevangenissen tellen (medio 2014) 526 bedden plus 75 bedden voor seksuele delinquenten.

³ De dagpopulatie telt 11.000 personen maar jaarlijks komen meer dan 15.000 personen de gevangenis binnen en gaan evenveel weer buiten.

⁴ De Instelling ter Bescherming van de Maatschappij van Paifve telt +/- 200 geïnterneerden en beschikt over een redelijk team zorgpersoneel, wat het aantal onbehandelde geïnterneerden terug brengt tot +/- 900 patiënten.

⁵ Franstalig België is er wat minder slecht aan toe dan Vlaanderen, dankzij 'Les Maronniers', een forensisch ziekenhuis van de Franse Gemeenschap in Doornik, 'La Chaîne aux Haies' voor vrouwelijke geïnterneerden en 'Titeca' in Brussel voor geïnterneerde psychotici.

Referenties

Cosyns P, D'Hont C, Janssens D, Maes E, Verellen R. Geïnterneerden in België: de cijfers. *Panopticon* 2007: 46-61.

Cosyns P and Goethals K. Penitentiary mental health care in Belgium. In: *Ethical issues in prison psychiatry*, eds. Konrad N, Völmm B and Weisstub DN, Springer, 2013: 145-151.

Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systemic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2012; 200: 364-373.

KAGB-2014, advies over de forensische psychiatrie van 26 april 2014 op www.academiegeneeskunde.be of www.vgv.be.

Reflectiegroep 'zorg en detentie', Naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België, FOD Volksgezondheid, 2014.

Van Mol F. De gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen, Dienst Gezondheidszorg Gevangenissen, FOD Justitie, april 2013.

Verbruggen F, Dierckx A, Vandersteene A, Van Mol F. Blood, sweat and...hope. In: *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heil Auftrag und Strafvolzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs*, eds. Tag B and Hillenkamp T, Springer, 2008: 271-306.

PANELGESPREK

STANDPUNT VAN DHR. HENRI HEIMANS

OUD NIEUWS

Twaalf jaar geleden bezochten bekende buitenlandse forensische experts, in het kader van een project van de Koning Boudewijnstichting, enkele voorzieningen voor geïnterneerden en maakten ze kennis met ons archaïsch interneringssysteem. Ter gelegenheid van een studiedag, in december 2002, verwoordde Rob Ziel, klinisch psycholoog, gedragstherapeut en behandelingscoördinator in een terbeschikkingstellingskliniek in Nederland de Belgische wantoestanden op verpletterende wijze en concludeerde als volgt:

“... Naar mijn idee, dames en heren, is internering ongeveer het zwaarste middel wat het Belgische juridische systeem tot haar beschikking heeft. Het is het zwaarste middel wat je iemand kunt aandoen. En dat schept, denk ik, verplichtingen. Het is ook volstrekt onduidelijk wat die verplichtingen dan wel niet zijn.

De criteria die leiden tot internering zijn onduidelijk.

De criteria die leiden tot beëindiging van de internering zijn onduidelijk.

Wat er in die periode van internering nou toch precies gebeurt, is onduidelijk.

Waar patiënt geplaatst wordt, is onduidelijk.

Waarom patiënt ergens geplaatst wordt, het is onduidelijk.

Hoe patiënt kan bijdragen aan zijn eigen verbetering, is onduidelijk.

De rechtspositie van deze patiënten is onduidelijk.

Het doel van de behandeling is onduidelijk.

De middelen tot behandeling zijn onduidelijk.

Respectvolle omgang met de patiënt is niet gegarandeerd.

Deskundig personeel is niet gegarandeerd.

Zelfs een fatsoenlijk onderzoek is niet gegarandeerd.

Diagnostische procedures zijn niet gestandaardiseerd.

Forensische expertiseverslagen zijn niet gestandaardiseerd.

Een theorie over delictgevaarlijkheid lijkt afwezig.

Uitwisseling van deskundigheid lijkt afwezig.

Onderzoek naar behandelingsmethode en eventuele effectiviteit lijkt afwezig.

Delictanalyse, terugvalpreventieplannen, het lijkt afwezig.

Scholingsmogelijkheden, het lijkt afwezig.

Behandeling lijkt afwezig.

Resocialisatie, herplaatsing, het lijkt onmogelijk.

Interesse voor deze specifieke groep mensen,

interesse voor forensische patiënten lijkt

afwezig. Niet bij de psychologen en psychiaters die ik heb

ontmoet, al is hun interesse begrijpelijkerwijze kortdurend.

Maar wel bij beleidsmakers is die interesse afwezig, bij

verantwoordelijken.

Eigenlijk is ze afwezig bij mensen met een voorbeeldfunctie.

De voorbeeldfunctie is afwezig.

Nog één ding, wat ik aan behandeling heb gezien in

forensische klinieken, is geen gevangenis sfeer maar een

cultuur van behandelen. Daar wonen, daar leven al zo

lang behandelaars. Ja, daar lukt behandeling. In gevangenissen

is geen behandeling. Er is daar wel veel goede wil,

veel goede bedoelingen...”



We zijn nu twaalf jaren later en deze kritiek blijft angst-aanjagend en brandend actueel. Ondertussen was er veel leed, ontmoediging en frustraties, waren er heel wat mislukkingen maar toch ook geslaagde sociale re-integraties en lukte het voor een aantal kwetsbare geesten om zich in onze complexe samenleving te handhaven. Er was uitzichtloosheid en toch ook nog veel hoop. Hoop door de oprichting van het Forensisch Psychiatrisch Centrum te Gent (FPC) dat dit najaar in de opstartfase zit en hoop door de komst van de nieuwe interneringswet van 5 mei 2014, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 9 juli 2014 en die in werking zal treden op 1 januari 2016, indien er voldoende budgettaire ruimte wordt vrij gemaakt.

Henri Heimans, ere-kamervoorzitter hof van beroep te Gent en voorzitter Cbm Gent

STANDPUNT VAN DR. INGE JEANDARME

FORENSISCHE PSYCHIATRIE IS OOK PSYCHIATRIE

Het stigma ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten én hun psychiaters is groot. Veel collega's kijken met scepticisme en ambivalentie naar ons werk. De zoektocht naar privé- en overheidsfondsen voor wetenschappelijk forensisch onderzoek verloopt erg moeizaam. Farmaceutische firma's verbinden hun naam liever niet aan deze doelgroep uit vrees voor stigmatisering en claims. De overheid stelt andere prioriteiten of schuift de hete aardappel door naar aan ander departement. Forensische patiënten – en vaak ook hun behandelaars – worden bij voorkeur veilig gescheiden gehouden van de “reguliere” patiënten. Volgens sommigen is de forensische psychiater zelfs geen arts meer, maar een ‘finder of truth’.

Toch zijn forensische aspecten geïntegreerd in het psychiatrische werkveld. Uit eigen onderzoek blijkt dat het merendeel van de geïnterneerden zowel een psychiatrisch als een detentieverleden heeft. Het aantal forensische bedden in Vlaanderen en daarbuiten neemt toe, en met de vermaatschappelijking van zorg en daaraan gekoppelde afbouw van reguliere



bedden is een verdere stijging te verwachten. Eén op zeven gedetineerden heeft ernstige psychiatrische problemen (Fazel & Seewald, 2012). Het toenemend aantal cellen dreigt de daling in psychiatrische bedden in te halen (Vanacker, 2014). Op tien jaar tijd steeg het aantal gedwongen opnames in België met 42% (van 33 naar 47 GO/100 000 inwoners/jaar) (Schoevaerts et al., 2014). Uit Nederlands onderzoek in de psychiatrie blijkt dat twee derde van de hulpverleners de afgelopen vijf jaar slachtoffer werd van (dreiging met) geweld of brandstichting (Harte, 2013). Dagelijks krijgen psychiaters te maken met forensische aspecten zoals de inschatting van het gevaarcriterium bij gedwongen opname of het omgaan met weinig gemotiveerde patiënten. Helaas is 'risk avoidance' (hoe hou ik een risicovolle patiënt buiten?) vaak prominenter aanwezig dan 'risk management' (hoe ga ik om met een risicovolle patiënt?).

In al deze aspecten kan de algemene psychiatrie veel leren van de forensische psychiatrie. Kennisoverdracht omtrent thema's als risicotaxatie en risicomanagement kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van psychiatrische zorg. Zo kan men door preventief in te grijpen misschien agressie voorkomen of vermijden dat een aantal psychiatrische patiënten uiteindelijk in een forensisch ziekenhuis belanden.

Uit forensisch onderzoek is gebleken dat psychiatrische patiënten door hun stoornis een verhoogd risico op geweldsdelicten vertonen, maar is ook bekend dat dit risico vaak overschat wordt en dat het risico op victimisatie niet mag verwaarloosd worden. Verder zijn andere, meer criminologische, risicofactoren belangrijker dan het ziektebeeld *an sich*. Het louter behandelen van psychiatrische ziektebeelden is bijgevolg niet voldoende om herval te voorkomen. Gespecialiseerde forensische instellingen blijven dan ook noodzakelijk. Toch kan een sensibilisering voor de forensische aspecten vroegdetectie mogelijk maken. Een simpele maatregel als het in kaart brengen van (gewelds)misdrijven als standaard onderdeel van een psychiatrisch onderzoek is hier een voorbeeld van.

Ook de forensische psychiater heeft er belang bij zich niet langer terug te trekken op zijn – zwaar beveiligd – eiland en zijn afkomst als psychiater niet te verloochenen. Alleen door trouw te blijven aan de ethische en deontologische

principes van de medische professie¹ kan hij zijn autonomie en onafhankelijkheid ten opzichte van het strafrechtelijk apparaat behouden. Een forensisch psychiater kan hoogstens een tolk en/of een bemiddelaar zijn tussen twee werelden, maar mag nooit een verlengstuk of onderdeel van een strafrechtelijk apparaat vormen. Daarnaast is het van belang dat de forensische psychiatrie voeling blijft houden met onderzoek in de algemene psychiatrie en van daaruit een eigen onderzoekslijn uitbouwt, die niet totaal overschaduwd wordt door criminologisch en psychologisch onderzoek zoals nu al te zeer het geval is.

Invloedrijke artsen zoals Pinel en Lombroso hebben het pad geëffend voor het onderzoek van psychisch gestoorde delinquenten en hebben zich verzet tegen de onterechte opsluiting van psychiatrisch gestoorde patiënten. Het voorstel van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) wil verder onderzoek en een bijzondere bekwaamheid in de forensische psychiatrie stimuleren. Dat men niet pleit voor een volledige afscheiding van de forensische psychiatrie is mijns insziens een goede zaak. Forensische psychiatrie blijft in de eerste plaats psychiatrie.

¹ Refererend naar een Europese definitie van forensische psychiatrie (Ghent Group): "Forensic psychiatry is a specialty of medicine, based on a detailed knowledge of relevant legal issues, criminal and civil justice systems. Its purpose is the care and treatment of mentally disordered offenders and others requiring similar services, including risk assessment and management, and the prevention of future victimisation."

Referenties

Harte, J. M., Van Leeuwen, M. E., & Theuws, R. (2013). Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie; aard, omvang en strafrechtelijke reactie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(5), 325-335.

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.

Schoevaerts, K., Bruffaerts, R., & Vandenbergh, J. (2014). *Gedwongen opname in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.

Vanacker, J. (2014, september). *Commencement speech*. Presentatie op de promotieplechtigheid van de Faculteit Rechtsgeleerdheid, Leuven.

Inge Jeandarme, coördinator Kenniscentrum Forensische Psychiatrische Zorg OPZC Rekem

STANDPUNT VAN DR. RI DE RIDDER*

HET RECHT VAN GEÏNTERNEERDEN EN GEDETINEERDEN OP GEZONDHEIDSZORG EN ZIEKTEVERZEKERING MAG NIET GESCHONDEN WORDEN

Ri De Ridder, directeur-generaal RIZIV, geeft commentaar over het voorstel om de medische zorg weg te nemen bij het departement Justitie en die over te dragen aan Volksgezondheid. Er is volgens Ri De Ridder geen objectieve reden om sociale rechten te ontnemen aan gevangenen. Dit werd ook opgenomen in een memorandum voor de nieuwe regering vanwege de reflectiegroep 'zorg en detentie' van 25/07/2014. Onze ziekteverzekeringswet sluit gevangenen niet uit. Er is geen bepaling dat zij geen toegang hebben tot de ziekteverzekering. Er is een bepaling in de regelgeving rond detentie die zegt dat kosten voor de zorg gedragen worden door het departement Justitie. Men heeft al verschuivingen gedaan van kosten

maar niet van de rechten. De medische kosten tijdens penitentiair verloop en elektronisch medisch toezicht worden terugbetaald door de ziekteverzekering mits een bijdrage van ongeveer 1,6 miljoen euro door Justitie. Hospitalisatie- en medicatiekosten worden betaald door het RIZIV tot een maximum van 7,732 miljoen euro.



In een meerjarenplan werd afgesproken 4 x 5 miljoen ten laste van het ziekenhuisbudget te investeren voor betere zorg zodat doorstroming mogelijk is vanuit de gevangenis. Er zijn 526 plaatsen gecreëerd met een extra 75 plaatsen voor seksueel delictplegers. Er werd ook geïnvesteerd in netwerkvorming tussen Justitie en Gezondheidszorg. De derde fase van het meerjarenplan moet nog worden ingevuld en de middelen van de vierde fase werden gebruikt voor uitbreiding van art. 107.

De ziekteverzekering neemt voor een maximum van ongeveer 35 miljoen euro kosten ten laste voor geïnterneerden die in zorgvoorzieningen worden opgenomen. Dit is een geplafonneerd budget. Een deel van de kosten worden verder door Justitie gedragen, met grote vertragingen.

De nieuwe forensische psychiatrische centra krijgen geen statuut van “ziekenhuis” maar de zorgcomponent wordt opgenomen in de begroting van het RIZIV. Voor het nieuwe centrum in Gent is 18 miljoen voorzien vanaf 2015. De contracten die zijn afgesloten met de exploitanten verwijzen naar de ziekenhuisnormen. Er is een strakke begeleiding opgesteld. De Vlaamse Gemeenschap zal de zorginspectie doen vergelijkbaar met de normen in de

reguliere zorg. De behandeling binnen de forensische psychiatrische zorg heeft de bedoeling doorstroming naar reguliere zorg mogelijk te maken. We moeten de redenering dus consequent doortrekken dat geïnterneerden en gedetineerden rechthebbenden blijven in de ziekteverzekering. Om dat waar te maken moet omschreven worden hoe we de zorg gaan organiseren. Er is een duidelijke vraag om het departement volksgezondheid bevoegd te maken in deze materie en het optreden van zorgverstrekkers in de gevangenissen te koppelen aan “geschikte” vergoedingen. In 2012 waren er contacten tussen het RIZIV en de hoofd-geneesheer van de gevangenissen Dr. Van Mol. Er werd toen een voorstel uitgewerkt, gericht aan de ministers van Justitie en van Volksgezondheid, om een studie te financieren maar het departement Justitie wou in eerste instantie op zoek naar een oplossing in eigen schoot. Het volstaat dat ministers duidelijk zeggen waar ze naar toe willen. Door een uitbreiding te verlenen aan de gedetineerden als rechthebbenden kan men een aangepast zorgaanbod uitwerken met financiering vanuit de ziekteverzekering.

** Genoteerd door Dr. Bart Garmyn, nagelezen en aangevuld door Dr. Ri De Ridder.*

Ri De Ridder is directeur-generaal bij het RIZIV.

STANDPUNT VAN DHR. DIRK LEESTMANS

HET COLLECTIEVE GEBREK

Het heeft iets ironisch. Zes minuten krijg ik als respondent. Om te reageren op een onderwerp dat precies wordt gekenmerkt door de eindeloosheid. Geïnterneerden zouden niet liever hebben dan dat hun tijd beperkt zou zijn.

Toen ik begin jaren 2000 in Merksplas een geïnterneerde interviewde en hem vroeg hoe hij zijn toekomst zag, keek hij me met een lege blik aan. ‘Ik weet het niet,’ zei hij. ‘Het is altijd maar wachten.’ Wachten tot ze een psychiater zagen, wachten tot ze een positief bericht kregen van de CBM.

Toen ik hem ruim tien jaar later opnieuw filmde, zat hij nog steeds aan zijn zelfgerolde sigaret te trekken. Het was exact hetzelfde beeld én hetzelfde antwoord op dezelfde vraag. Die scene vat het probleem beter samen dan welke uiteenzetting ook. Tien jaar later en niets gewijzigd.

Ik hoor het de toenmalige minister van Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, nog zeggen bij de opening van het forensisch psychiatrisch centrum in Gent, eerder dit jaar in de drie landstalen: ‘oef, enfin, eindelijk.’ Hoezo, oef?

Er zitten hier mensen die al veel langer bezig zijn met het dossier van internering. Zij weten het beter dan ik. Natuurlijk is er vooruitgang in het dossier van internering maar het loopt toch allemaal zo tergend traag. En dat terwijl mensen wegwijnen, ze niet de zorg krijgen die ze nodig hebben, dat is bekend.

Toenmalig minister van Justitie Turtelboom kondigde toen ook aan dat bij de bouw van de nieuwe grote gevangenis in Brussel er (eindelijk) ook werk zou worden gemaakt van een observatie- en oriëntatiecentrum, iets waar de hele sector al lang op zit te wachten. Misschien moet een organisatie als deze dat mee opvolgen. Want een intentie-

verklaring en een realisatie is niet noodzakelijk hetzelfde, al zeer zeker niet in deze budgettaire moeilijke tijden.

Ik was in het voorjaar op een studiedag in de senaat over dit onderwerp. We schreven er een stukje over: ‘Wetten genoeg maar voer ze nu ook uit,’ zo luidde de titel.

Natuurlijk zijn initiatieven als vandaag toe te juichen. Maar de grote vraag is wel wat er in de praktijk van terecht komt. Wat verandert er concreet? Wat stelt dat allemaal in realiteit voor? Welke boodschap zou de geïnterneerde eigenlijk hebben aan wat hier allemaal gezegd is?

Ik bedoel deze opmerking niet poujadistisch of demagogisch. Maar het gaat finaal wel over hen, laat ons dat niet vergeten. En ondanks alles zitten ze d’er nog steeds, met meer dan 1.000 in de Belgische gevangenissen.

Het zou interessant zijn ook hen te betrekken bij dit soort bijeenkomsten. Het idee klinkt zotter dan het is. Ik heb vaak genoeg gewerkt in gevangenissen om te weten dat de lijn tussen gedetineerde en geïnterneerde flinterdun is. Of je in het ene schuifje terecht komt dan wel in het andere, is soms pure willekeur of toeval. Maar het kleine verschil heeft wel grote gevolgen.

Een forensisch psychiater zei het me zelf in een onbewaakt moment. Soms weet ik het ook niet precies, vertelde hij me. En als ik die week al drie mensen geïnterneerd heb zou het best kunnen dat ik de vierde toerekeningsvatbaar verklaar. En omgekeerd, als ik er drie toerekeningsvatbaar



verklaar, is de kans groot dat ik de vierde ontoerekeningsvatbaar verklaar. Als was het om de persoonlijk balans wat in evenwicht te houden.

Maar ook een magistraat zei het me. De man had een fulltime job als zetelend rechter en had er als Chinees vrijwilliger het voorzitterschap van de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij bij gekregen. Hij had nauwelijks tijd om die dossiers te lezen, laat staan grondig te beoordelen. Ze lagen bij hem thuis, op de hoek van de keukentafel, om tussen de soep en de patatten te behandelen. Opnieuw, ik zou het niet vertellen mocht ik het zelf niet met mijn eigen oren gehoord hebben. Is dit de manier waarop magistraten in een rechtsstaat beslissingen nemen? Ik ben natuurlijk geen arts, ik ben een journalist en het is mijn job vragen te stellen. Welnu, ik stel me bijzonder veel vragen.

Zo stel ik me bijvoorbeeld ook de vraag bij gemediatiseerde assisenprocessen hoe psychiaters tot die diagnoses komen die beantwoorden aan een vooropgestelde finaliteit, de ene keer wil men absoluut interneren, een andere keer dan weer juist niet. Ik kan me niet van de indruk ontdoen dat psychiaters nog al te vaak meespelen in een belangenspel.

Terug even naar de suggestie om bij 'n volgende keer een geïnterneerde uit te nodigen. Ze zijn er hoor, de geïnterneerden die met bijzonder veel inzicht én zelfinzicht naar de mensen en de dingen kijken.

Lees er de verhalen van wijlen Roger Van De Velde op na, de journalist van De Nieuwe Gazet die als gevolg van een verslaving aan Palfium, geïnterneerd werd. 'Knetterende schedels' bijvoorbeeld, de titel zegt al veel. Of 'Recht op antwoord', nog zo'n veelzeggende titel. Lees ook 'Galgen-aas'. Het zijn verhalen van eind jaren zestig maar in het interneringsdebat maakt dat niet zo veel verschil.

Ik las de teksten van deze studiedag en hoorde vanochtend de sprekers. En iedere keer opnieuw probeerde ik te bedenken: wat kan ik hier nog aan toevoegen? Is alles al niet 100 keer gezegd? Weten we onderhand niet waar de knelpunten zitten? Wat de problemen zijn?

Ik heb ook nauwelijks iets wezenlijks gehoord waar ik het niet mee eens ben. Wie kan er ook iets hebben tegen de verbetering van de kwaliteit van de psychiatrische diagnose bij personen die een misdrijf hebben gepleegd.

Ik meng me als niet-arts niet in de details, die bevoegdheid heb ik niet, maar ten gronde ben ik het eens. Evident.

Het siert deze organisatie dat ze op dezelfde spijker blijft kloppen. Ik kreeg dezelfde reactie toen ik op de redactie voorstelde nog 's iets te maken over internering. Weeral? Dat verhaal kennen we? Niets nieuws. En toch moeten we met z'n allen dit blijven doen. Artsen en journalisten. En eigenlijk is het nog veel breder dan dat. Mag ik tot slot nog 's verwijzen naar Roger Van De Velde. De man overleed uiteindelijk aan een overdosis pillen. Op de vaak gestelde vraag of de man zelfmoord had gepleegd, antwoordde Hubert Lampo, zijn vriend: 'Nee, het was geen zelfmoord. Hij is vermoord door het schandelijk in gebreke blijven van de gemeenschap.'

Dirk Leestmans is journalist bij de VRT Nieuwsdienst. Hij maakte diverse reportages over internering o.a. 'Paviljoen F Merksplas', 'Te gek om los te lopen' (bekroond met Belfiuspersprijs) en 'Euthanasie in de gevangenis'.

DISCUSSIE TUSSEN PANELLEDEN EN PUBLIEK o.l.v. Prof. Paul Cosyns (Verslag: Dr. Bart Garmyn)



Paul Cosyns, reagerend op het standpunt van Inge Jeandarme: Het voorstel van de Koninklijke academie heeft niet tot doel de forensische psychiatrie te scheiden van de reguliere psychiatrie. Het voorstel pleit enkel voor een verdere professionalisering.

Kris Goethals, reagerend op het standpunt van Ri De Ridder: Ik heb reeds de aanbeveling geformuleerd om bij de opstart van de nieuwe centra een onderzoekscomponent te starten. Ik voel me dan ook aangesproken om dergelijke onderzoekslinje op te starten. Ik hoop dat de boodschap doorstroomt naar onze toekomstige regeerders.

Dirk Leestmans, reagerend op het betoog van Chris Dillen: De gerechtspychiater werkt op het raakvlak van 3 velden: juridisch, maatschappelijk, medisch. De gerechtspychiater ervaart druk vanuit de media inzonderheid bij assisenzaken. Dirk Leestmans vraagt zich af in hoeverre de gerechtspychiater zich ook onder druk gezet voelt door het juridische systeem. "Waar zit soms het wetenschappelijk gehalte? Waar zit de waarheidsvinding? 12% van de gevangenen zit reeds vele jaren in de gevangenis onder het

statuut geïnterneerde. Sommige geïnterneerden zitten voor mineure feiten al jaren opgesloten. Vele reguliere gevangenen verblijven veel minder tijd in de gevangenis."

Joris Casselman, em. prof. dr. psychiatrie en criminologie KU Leuven heeft twee vragen in verband met het aantal geïnterneerden die in de gevangenis verblijven. Wie goed geluisterd heeft, heeft immers gemerkt dat in Vlaanderen de situatie schrijnender is dan in de rest van het land. In Wallonië zijn er al jaren enkele centra actief. Het grootste deel van de geïnterneerden in de gevangenis zijn dus Vlamingen. Als de nieuwe centra in Gent en Antwerpen volledig functioneren zullen er nog 200 geïnterneerden overblijven in de gevangenis. De 500 plaatsen werden 10 jaar geleden gepland omdat er toen 450 geïnterneerden in de gevangenis zaten. Er komen er echter elk jaar bij. Vraag is: hoe gaan we daarmee om? Moeten we geen tandje bijsteken om niet steeds veroordeeld te worden? Het is mooi dat er een cartografie in de maak is die meer zicht geeft op de cijfers, dat is echter een momentopname. Beter is een continue opvolging. Zijn er plannen voor verdere opvolging? Voor een goede planning is het belangrijk de situatie voortdurend op te volgen.



Paul Cosyns: Er is inderdaad een verschil tussen het noorden en het zuiden van het land. In Vlaanderen is de situatie er erger aan toe dan in Franstalig België. Men heeft “Les Maronniers”, een ziekenhuis van de Franse Gemeenschap en de federale instelling in Paifve. Deze laatste instelling is onderdeel van Justitie maar er is toch behandeling beschikbaar. Je moet hier geen communautair probleem achter zoeken, dit is historisch zo gegroeid. Dit is wellicht wel een reden waarom minister Onkelinx in Vlaanderen twee nieuwe centra voor forensische psychiatrie heeft gebouwd. Het is een terechte opmerking dat er een overschot blijft. De vraag over de langverblijvers laat hij liever beantwoorden door Henri Heimans.

Henri Heimans: In de twee nieuwe forensische psychiatrie centra zal er inderdaad plaats zijn voor 450 geïnterneerden. Hij treedt Prof. Casselman bij dat een momentopname onvoldoende is om verder beleid op af te stemmen. Er zijn veel meer geïnterneerden in het systeem dan het stabiele cijfer van “1.100” laat vermoeden. Er zijn immers geïnterneerden die afvloeien uit de gevangenis naar de zorg maar die geïnterneerd blijven. In het bepalen van de politiek in het RIZIV is het van belang te weten dat het gaat om veel meer mensen dan die 1.100. In de contacten met de uitbaters van de nieuwe forensische psychiatrie centra hoort Henri Heimans dat er geen exclusiecriteria gehanteerd zullen worden. Iedereen die geplaatst wordt zal ook een behandeling krijgen, zelfs de zeer moeilijke gevallen. In de TBS kliniek in Rotterdam stelt men dat 90% van deze mensen kan doorstromen naar de reguliere zorg, ook vele zware moeilijke en complexe gevallen. Er blijft hoe dan ook een restgroep over. Justitie zal op menswaardige wijze voor deze mensen moeten zorgen. Men kan oudere inrichtingen zoals Merkplass renoveren om in een groene ruimte een menswaardige opvang te voorzien voor moeilijke chronische mensen, ook bejaarden. Hier blijft een taak weggelegd voor Justitie tot deze sector voor “mensen met onbehandelbare stoornissen” overgeheveld kan worden naar het departement Volksgezondheid en het RIZIV.

Ingeborg Jeandarme: In de poortfunctie van het systeem mag men inderdaad de achterpoort niet vergeten. Veel geïnterneerden blijven zeer lang in de gevangenis. We moeten kijken of dat zo hoort. Zoals in het Nederlandse model zou er na 6 jaar nieuw onderzoek moeten komen om na te gaan of de maatregel van internering nog gerechtvaardigd is.

Kris Goethals wil antwoorden op de 2^{de} vraag van Joris Casselman. Mensen met de meeste zorg en hoogste graad beveiliging zullen wellicht in de gevangenis blijven. De eerste reden is een menselijke reden: het is een nieuwe instelling, men zal niet meteen de lastigste gevallen nemen. De ratio hulpverlening/patiënt is voorzien op 7/10,

12/10 is de norm binnen TBS in Nederland. Dit wist men bij het voorstel tot exploitatie. Toch zal het bij ons anders zijn dan in Nederland.

Rudy Verelst: Geen enkele geïnterneerde mag als eindstation de gevangenis hebben; als we toch blijven werken met gevangenis zoals Merkplass blijft er een juridisch discours. In zijn eigen opinie is de enige functie van een gevangenis voor geïnterneerden een wachtfunctie tot er plaats is in een gezondheidsinstelling. Bij 50% van de geïnterneerden is er nu reeds een beslissing tot psychiatrische opname. Veel meer geïnterneerden kunnen ook naar de algemene psychiatrie gaan. De sector neemt zijn verantwoordelijkheid echter nu niet voldoende op. Een betere doorstroming naar de algemene psychiatrie zou kunnen leiden tot ontlasting. Een periodieke evaluatie op dit vlak is noodzakelijk. Wellicht bestaan er “onbehandelbare patiënten” maar in een statuut van internering wordt dit uiteindelijk ook een taak voor een voorziening binnen Volksgezondheid en niet langer binnen Justitie.

Henri Heimans: De doorstroming naar de psychiatrische zorg algemeen is inderdaad een groot probleem. Heeft men bij “art. 107, de vermaatschappelijking van de zorg” voldoende gedacht aan de forensische patiënten? Binnen de psychiatrische zorg zijn er grote wachtlijsten voor de mobiele equipes. Mensen geraken niet uit de gevangenis. Erger nog, vaak zijn mensen psychiatrische patiënt en worden zij forensische patiënt omdat ze geen weg vinden in de reguliere zorg. Uiteindelijk belanden ze bij Justitie. Die moeten dan op zoek naar een plaats in de zorg waar ze eerst zijn afgestoten. Justitie houdt geïnterneerden niet voor hun plezier in de gevangenis. We vinden vaak geen plaats in de zorg.

Ri De Ridder: Anderen in de zaal zijn veel meer vertrouwd met de materie van art. 107. In de loop van het project heeft men ingezien dat forensische psychiatrie meegenomen moesten worden. Dit zat inderdaad niet in de basis van art. 107. Art. 107 op zich is een succesformule geworden om latente zorgvraag op te vangen. Er zijn veel meer patiënten opgenomen dan vanuit langdurige psychiatrische zorg. Bij de wederinstroom naar Justitie vanuit de zorg spelen mechanismen van patiëntenselectie. Het forensisch psychiatrisch centrum beslist NIET wie er zal worden opgenomen. Er is een opnameplicht. Het is echter niet de bedoeling dat “onbehandelbaren” worden opgenomen. Bedoeling is uiteindelijk door te sturen de naar reguliere zorg.

John Vanacker, administrateur-generaal OPZC Rekem: Elke voorziening moet zeggen waar zij voor staat als het gaat om zorg. Vanuit Welzijn, Volksgezondheid en Gezin investeren wij in geïnterneerden. Ik vindt het fijn te horen dat men onderzoek wil doen en dat Ri De Ridder zegt “Ik heb geld voor onderzoek.” Nu wordt in Rekem het onder-



zoek gefinancierd door “Limburg Sterk Merk”. Ik hoor hier een engagement voor onderzoek. Het departement Justitie en Volksgezondheid had tot nu toe geen interesse.

Ri De Ridder: Er ligt een onderzoeksbudget klaar voor de verzekeringskwestie van gevangenen. Ik wil ook de mogelijkheid onderzoeken om een onderzoekslijn te starten voor onderzoek naar “outcome measures” bij nieuwe zorg. De opstart van de nieuwe forensische psychiatrische centra is daar inderdaad een opportuniteit.

Jan Goffin, decaan Geneeskunde KU Leuven: Wat is de actuele toestand en wat zijn de verwachtingen de komende jaren? Wat is de nood aan forensische psychiaters in Vlaanderen? Wat is een aanvaardbaar en een optimaal aantal?

Chris Dillen: Er is een inhaalbeweging nodig om dan te komen tot een “steady state”. Voor de behandeling en het expertisegedeelte samen spreken we op jaarbasis over 10 nieuwe specialisten. Dit zijn geen spectaculaire aantallen. Het gaat om het rechte trekken van de huidige toestand voor de hoeveelheid werk.

Jan Goffin: Optimaal moeten we streven naar een profiel 50% regulier en 50% forensisch.

Lieve Van Ermen, cardioloog en vroeger senator: Wat mij opvalt is het hoge middelengebruik bij gedetineerden. De relatie tussen drugsgebruik en psychosen is gekend. Hoe komt het dat nog steeds die middelen kunnen gebruikt worden in de gevangenis? Volgens Dr. Van Ermen zijn er meer projecten nodig zoals in Ruiselede, voor behandeling van verslaafden.



André Van Melkebeek, psychiater: wil graag een lans breken voor een goed psychiatrisch deskundig onderzoek. Hij wordt vrij vaak door vrederechters gevraagd om dergelijk onderzoek te doen. Hij gaat dan vaak ten huize en maakt ook tijd voor een uitgebreid rapport. Hij komt via de bewindvoerder met geïnterneerden in contact. Als

internering wordt opgeheven wordt de bewindvoering niet automatisch opgeheven. In dergelijk geval wordt hij betrokken als deskundige. Dit vraagt veel tijd. De structuren moeten in orde zijn, mensen kan je maar veranderen met bejegening en dit vraagt tijd.

Raf De Rycke, bestuurder Zorgnet Vlaanderen en Raad van Bestuur Broeders van Liefde: Vanuit Zorgnet Vlaanderen willen we de finale doelstelling bereiken om alle geïnterneerden buiten de gevangensmuren op te vangen en behandelen. Hij is ook tevreden met de aanbevelingen vanuit de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Hij wenst aandacht voor 3 zaken:

1. Wat betreft de uitvoering van de nieuwe interneringswet: de nieuwe wetgeving is beter dan de vorige wet die nooit werd uitgevoerd. Ook deze nieuwe wet vraagt echter bijsturing. Het is onverantwoord de kosten voor behandeling af te schuiven op de geïnterneerde of zijn familie.
2. Wat betreft de creatie van zorgcircuits en netwerken: de nieuwe forensische psychiatrische centra mogen geen eiland zijn maar een schakel in zorgcircuits. Zo niet, dreigt snel een dichtslibbing. Art. 107 is maar een financieringstechniek, belangrijker is art. 11 dat gaat over de creatie van zorgcircuits.
3. In het meerjarenplan zijn de 3^{de} en 4^{de} fase niet uitgevoerd door budgettaire besparingen. In de fase waar we nu beland zijn is de vraag of er nu wel middelen zullen zijn voor fase 3?

Guy Vanderstraeten, decaan Geneeskunde UGent: Hoe zullen we psychiaters kunnen motiveren om zich verder te specialiseren in forensische psychiatrie, rekening houdende met de remuneratie en de wachttijden in uitbetaling? Blijft dit een taak voor Justitie?

Chris Dillen: Onbekend is onbemand, forensische psychiatrie moet meer aan bod komen in de reguliere opleiding. Er moeten meer mogelijkheden zijn voor stage. Het financiële luik zal inderdaad moeten volgen, anders wordt dit een maat voor niets. De postacademische vorming moet interuniversitair georganiseerd worden. Het gaat over te kleine aantallen per universiteit. In dit klein landje moet dit overkoepelend gebeuren. De administratieve molens rondom een nieuwe opleiding vragen veel tijd. Niemand heeft die tijd.

Marc Hermans, voorzitter Belgische Beroepsvereniging van Geneesheren Specialisten in Psychiatrie: Dit wordt inderdaad een hele uitdaging. In totaal zullen er dit jaar 25 psychiaters afstuderen. Psychiatrie is reeds een knelpunt-discipline; als we dergelijk aantal moeten afstaan wordt forensisch psychiater een echt knelpuntberoep. De rol van de huisarts wordt nergens vernoemd. Ik was zelf 10 jaar huisarts vóór ik gespecialiseerd ben in psychiatrie. Je zou ervoor kunnen zorgen dat het curriculum psychiatrie in de algemene geneeskunde wordt uitgebreid zodat ook de huisarts meer op de hoogte is van mogelijkheden en dat ook andere collegae specialisten sneller psychiatrische problemen herkennen. Het zou ook makkelijker zijn om psychiaters in te schakelen voor huisbezoek.

Ri De Ridder: Bij de discussie over art. 107 was de vergoeding voor de psychiater onderdeel van het debat. De vraag was of de verloning voldoende hoog is om de psychiater te vragen om aan huis te komen. Binnen de mobiele teams bestaat de crisisopvang voor een stuk uit coaching van de huisarts rond psychiatrische zorg zonder inzet van het mobiel team. Een beetje in analogie met zorgtrajecten i.v.m. diabetes of nierinsufficiëntie. Ook

voor andere zaken kan er een coachende rol zijn van huisarts door specialist zonder contact specialist- patiënt. Dit is een piste die we verder moeten exploreren. Ook op het niveau van de psychiatrische zorg kunnen we dit overwegen. Bovendien komen wellicht ook klinische psychologen in de ziekteverzekering. Eerste lijn psychologen hebben ook een coachende rol naar de huisarts. Er is alleszins ruimte om hier verder over te reflecteren en creatieve oplossingen te vinden hoe we een nomenclatuur kunnen opzetten. Het consult aan huis voor de psychiater bestaat, maar is volgens de vraagsteller niet hanteerbaar. De regelgeving is zeer complex en het honorarium beperkt.

Professor Bernard Sabbe, psychiatrie UA: In aansluiting met de opmerkingen van de decanen wil ik het debat opentrekken naar het volledig veld van de reguliere zorg. Er is een grote nood aan forensische psychiaters maar ook aan verslavingsartsen, psychotherapie, sociale psychiatrie etc. Men vraagt 10 nieuwe psychiaters per jaar enkel voor de forensische psychiatrie op een totaal van 15 tot 20 psychiaters die momenteel per jaar afstuderen. Dit betekent nog minder kandidaten voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Waar gaan we naar toe met deze getallen in opleiding? Wat over wetenschappelijk onderzoek gezegd is, is belangrijk. Er moet meer plaats zijn voor wetenschap in psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Ook hiervoor is een advies geschreven door de Koninklijke Academie. Dit verhoogt de aantrekkingskracht bij medische studenten voor dit brede gebied.



Dr. Francis Van Mol, erehoofdgeneesheer-directeur Dienst Gezondheidszorg Gevangenissen: We spreken vandaag over 1.100 geïnterneerden. We mogen niet vergeten dat er ook bij gedetineerden minstens evenveel vraag is naar psychiatrische zorgen.

Jo Demuyne, directoraat-generaal EPI-Penitentiaire inrichtingen, gevangenis Antwerpen: We zijn geen vragende partij om geïnterneerden in gevangenis te hebben. De groep geïnterneerden en de groep die geplaatst wordt horen in een zorgkader dat eventueel beveiligd is. We hebben in de gevangenis geen keuze, wij kunnen niet zeggen: "deze persoon is onbehandelbaar". We moeten hem opnemen, we kunnen niet zeggen: "hij past niet in de groep". In antwoord op Dr Van Ermen: Ik ontken niet dat er drugs zijn in de gevangenis, we doen alles wat we kunnen preventief en repressief maar dit is in de eerste plaats een maatschappelijk probleem. Er zijn heel wat geïnterneerden die naar een psychiatrische instelling mogen maar niet kunnen en blijven hangen in de gevangenis. Er is ook een terugkombeleid. Veel geïnterneerden gaan naar de psychiatrie en komen nadien terug naar de gevangenis. Ze liggen te moeilijk in de groep, ze zijn onbehandelbaar. Deze geïnterneerden zijn zeker niet gebaat bij een verblijf in de gevangenis. De middelen die we hebben zijn hiertoe veel te beperkt.



Inge Jeandarme: Er is nog een belangrijke groep die we vergeten, met name de vrouwelijke geïnterneerden met een hoog risicopotentieel. Vrouwen met een hoog risicopotentieel krijgen geen kans in de nieuwe forensische psychiatrische centra. Het enige exclusiecriteria voor opname is: vrouw zijn. De faciliteiten zijn niet aangepast aan een gemengd publiek.



Geachte voorzitter professor Bernard Himpens,
Geachte leden van de Koninklijke Academie voor
Geneeskunde van België,
Geachte leden van het Vlaams Geneeskundigenver-
bond,
Geachte toehoorders,

Vooreerst dank ik de Academie voor de bijzondere gastvrijheid en professionaliteit bij de organisatie van dit symposium. Samen met het VGV meen ik dat we vandaag geschiedenis geschreven hebben waar de gezagdragers van ons land niet meer omheen kunnen.

Er zijn drie kernachtige besluiten geformuleerd door de Academie die verplichte agendapunten zijn op de tafel van de federale regeringsonderhandelingen en zonder meer moeten uitgevoerd worden:

1. Erkenning van een bijzondere beroepsbe-
kwaamheid in de forensische psychiatrie met
een degelijk interuniversitair opleidingspro-
gramma.
2. Financiële ondersteuning van het weten-
schappelijk onderzoek in de forensische psy-
chiatrie.
3. De gezondheidszorg en de psychiatrische
zorg in de gevangenissen moeten overgehe-
veld worden naar Volksgezondheid en met
financiering door de sociale zekerheid. Deze
maatregelen zijn urgent met de komst van
twee forensische psychiatrische centra.



Drie casussen die recent op een bijzondere pijnlijke wijze het nieuws hebben gehaald onderschrijven de besluiten van de Academie.

Een man, die dertig jaar geïnterneerd is, niet behan-
deld werd en drie jaar geleden als enige oplossing
euthanasie heeft aangevraagd. Professor Distelmans
erkent zijn ondraaglijk lijden maar niet zijn uitzicht-

loosheid. Uitgerekend Justitie en niet Volksgezond-
heid laat euthanasie toe met overbrenging naar een
gewoon ziekenhuis. Hier wordt de euthanasiewet
misbruikt. Met uiteraard nationaal en internationaal
protest. Na dit dossier is er een golf ontstaan van
euthanasie-aanvragen.

De huur van de gevangenis in Tilburg kost sedert
2010 170 miljoen euro, de prijs voor de bouw van
twee nieuwe zorginstellingen in ons land. Er is geen
adequate zorgverlening voor geïnterneerden. Er zijn
besparingen nodig maar de behandeling van onze
geïnterneerden zal het BNP nauwelijks beïnvloeden.
Onwetenlijk is dat de geïnterneerden in het recent
gestemde wetsvoorstel zelf moeten opdraaien voor
hun behandelingskosten die theoretisch kunnen
oplopen tot 6.000 euro per maand. Hoe kan re-
integratie nog mogelijk zijn als er beslag kan worden
gelegd op de woning aangezien dé voorwaarde juist
huisvesting is. Dit werd ingediend als amendement.
Met deze casus is de absolute grens overschreden.

Een vrouw, zwak begaafd en beschuldigd van gif-
moord, verschijnt voor het Hof van Assisen. Justitie
is hier zwaar in de fout gegaan doordat de thuissitua-
tie reeds zeer goed gekend was. Van adequate op-
vang door onze, overigens dure gezondheidszorg,
was geen sprake. Een college van psychiaters heeft
haar toerekeningsvatbaar bevonden. Een observatie
in een multidisciplinair centrum is in dit land nog
steeds onmogelijk om zo een toerekeningsvatbaar-
heid te bepalen die aanvaardbaar is voor alle partijen.
Dit is dé oorzaak van de diepe verdeeldheid bij de
volksjury.

Gedetineerden en geïnterneerden verliezen bij wet
hun rechten op sociale zekerheid en meer bepaald op
gezondheidszorg zoals geregeld via de mutualiteiten
en RIZIV. De Academie en het VGV bepleiten de
volledige overheveling van de penitentiaire gezond-
heidszorg vanuit Justitie naar Volksgezondheid
waaronder de financiering door de sociale zekerheid.
Mensen behandelen en verzorgen is geen taak voor
Justitie. Dit impliceert dat de Vlaamse Gemeenschap
een inspectiebevoegdheid krijgt over de zorgverle-
ning van gedetineerden en geïnterneerden.

Ik dank de sprekers en de discussanten voor hun
anatomische ontleding van deze schrijnende proble-
matiek en u allen voor uw aandacht.

Dr. Jan Dockx, VGV-voorzitter

LIJST VAN INGESCHREVENEN EN VERONTSCHULDIGDEN

Lijst Ingeschrevenen

Allaert Alexander	Denekens Joke	Lerut Tony	Thijs Jo
Baert Albert	Dillen Chris	Lindemans Ignaas	Van Daele Kim
Bataillie Kristien	Dockx Jan	Lootens Pieter	Van de Kerkhof Nele
Bauwens Aline	Dom Geert	Meersseman Liesbeth	Van Den Bossche Freya
Blanckaert Emiel	Duron Chris	Merckx Rita	Van Ermen Lieve
Bogaert Marc	Eelen Malou	Mertens Iris	Van Melkebeek André
Bols Peter	Elarbi Zouhair	Mesotten Frans	Van Mol Francis
Brijs Christine	Fierens Erik	Naulaerts Corinna	Van Oirschot Marina
Casselmann Joris	Garmyn Bart	Nemery Ben	Van Peteghem Philippe
Cayenberghs Richard	Geens Chris	Olislager Sara	Van Raemdonck Dirk
Ceelen Wim	Goddeeris Bruno	Oltenfreiter Stephanie	Van Reeth Kristien
Claes Hubert	Goes Frank	Ongena Greet	Van Sevecotte Stefan
Cosyns Paul	Goethals Kris	Opperman T.	Van Speybroeck Jan
Crab Ronny	Goffin Jan	Peeraer Marc	Van Steirteghem André
De Backer Guy	Gosselinck Rik	Peleman Renaat	Van Wettene Jean-Paul
De Backer Juliane	Heimans Henri	Persyn Peter	Vanacker John
De Block Guido	Hellemans Chantal	Ponette Eric	Vandenbergen Jan
De Boeck Minne	Herman Arnold	Proost Natacha	Vanderstraeten Guy
De Cock Jan	Hermans Marc	Quintelier Marcel	Vekemans Karolien
De Decker Theofiel	Herregods Marie-Christine	Quintelier Leander	Verbeeck Nils
De Fruyt Jürgen	Himpens Bernard	Raveschot Bernard	Verbessem Nicole
De Kort Dirk	Hoste Sylvia	Sabbe Bernard	Verelst Rudy
de Kruif Aart	Ieven Greet	Schoenmakers Kristien	Verhoeven Guido
De Moor Christian	Int Panis Fred	Schraepen Lesley	Vermassen Annemie
De Ridder Ri	Jeandarme Inge	Selleslagh Pascal	Vermeulen Robrecht
De Rycke Raf	Jongbloet Piet	Selleslags Charlotte	Verrijken Geert
De Sutter Petra	Kaufman Leonard	Sels Fred	Vogels Caroline
De Wit Sofie	Krahel Nadine	Smits Jef	Vroman Jean
Debruyne Geert	Lambert Jo	Somers Matthias	Waterbley Patrick
Deckers Annemie	Leestmans Dirk	Steenbergen Mathilde	Wellekens Anne-Marie
Defoer Francine	Lefèvre Sarah	Swinnen Erik	Wittouck Ciska
Demuyne Jo		Tegenbos Guy	

Lijst Verontschuldigten

Albertijn G.	Detiège Maya	Moeremans Herman	Turtelboom Annemie
Anciaux Bert	Franssen Cindy	Molenberghs Geert	Van Achter Cielte
Anciaux Vic	Gantois Rita	Muyters Philippe	Van Camp Ben
Bafort Marc	Gatz Sven	Nuyens Yvo	Van Campenhout Ludo
Bertels Jan	Geens Koen	Oosterlinck Koen	Van Cauwelaert Philip
Broeckaert Luc	Geerts Stanny	Opdenakker Ghislain	Van den Heuvel Koen
Constandt Jürgen	Goethals Johan	Peeters Guy	Van Eeckhaut Nina
De Block Maggie	Homans Liesbeth	Peumans Jan	Van Hecke Stefaan
De Coninck Inez	Houvenaghel André	Quiryen Paul	Van Overloop Maaïke
De Knop Paul	Ide Louis	Renier Willy	Van Overmeire Karim
De Schepper Luc	Janssens Frederik	Ringoir Severin	Van Schil Paul
De Stoop Chris	Justaert Marc	Schauvliege Joke	Vanderjeugd Francesco
Declerck Dominique	Lachaert Egbert	Schöffski Patrick	Vandeurzen Jo
Decroo Herman	Laureys Geneviève	Sleurs Elke	Vanheste Ann
Dedrye Anne	Leroux Geert	Smet Pascal	Velkeniers Brigitte
Dejonghe Carla	Lootens Pieter	Soete Ann	Verheijen Patrick
Demon Franky	Luyten Frank	Stockman René	Willaert Evita
Deridder Annick	Maes Emmanuel	Tassignon Marie-José	

MET DANK AAN

ONZE SPONSORS:

° financiële steun door:
het Doktersgild Van Helmont



° adverteerders:

- Janssen-Cilag NV
- Lundbeck n.v.
- MEDINA
- V&NZ

ONZE MEDEWERKERS:

Mevrouw Marina Van Oirschot,
onze VGV-secretaresse

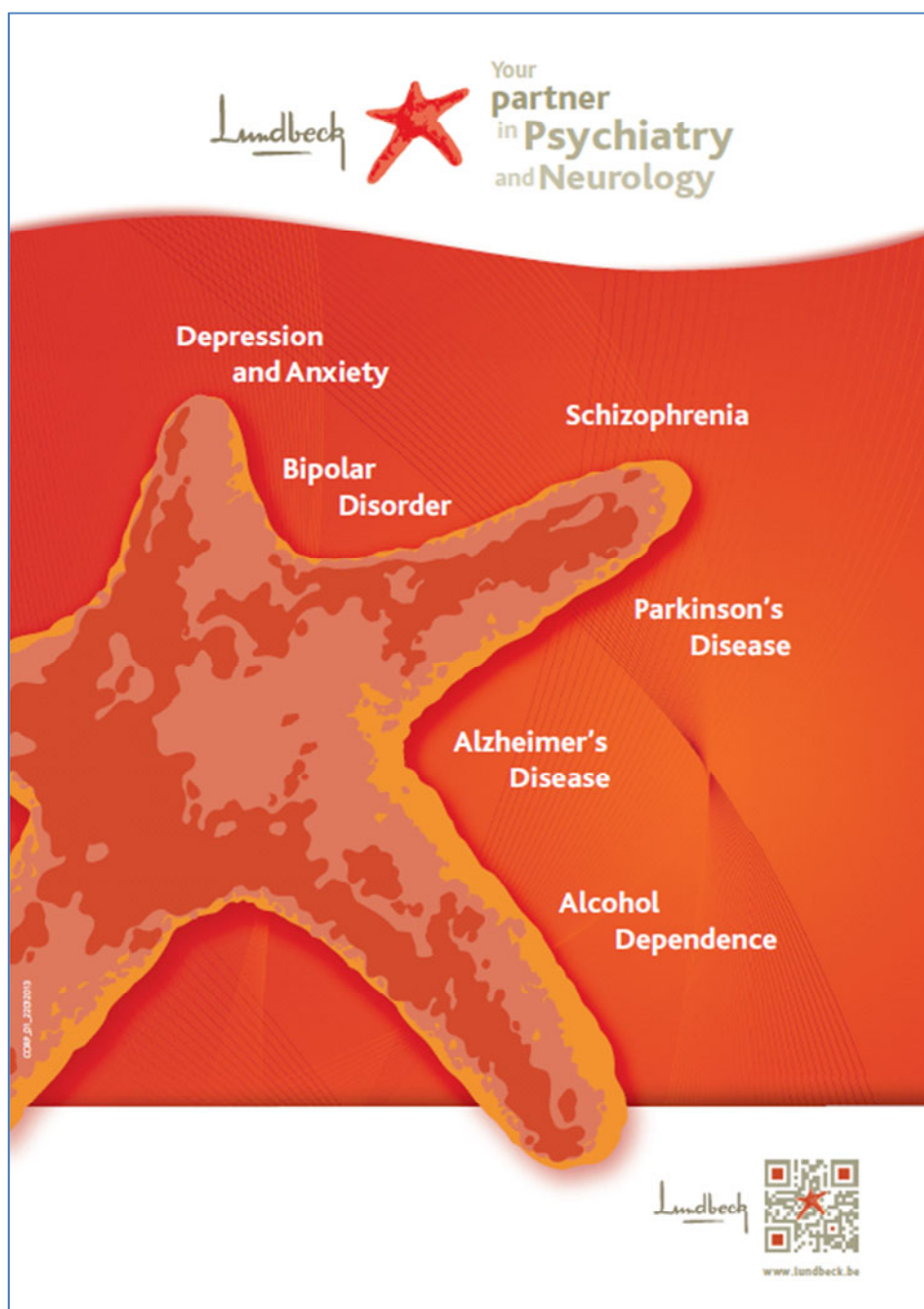
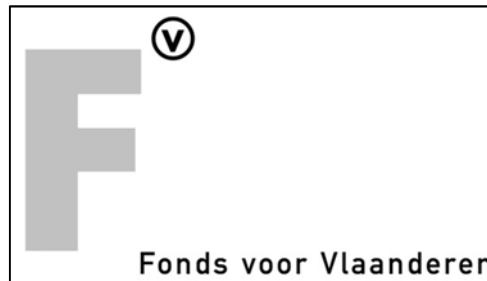


De Heer Marcel Quintelier
zorgde voor de foto's.



Mevrouw Natalie Devriendt
verzorgde de opmaak van het
verslagboek.

het Fonds voor Vlaanderen



Xeplion®

Neem de toekomst van uw patiënt in handen¹⁻⁴



NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: XEPLION 25 mg suspensie voor injectie met verlengde afgifte. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Elke voorgevulde spuit bevat 39 mg paliperidonepalmitaat, equivalent aan 25 mg paliperidon. **FARMACEUTISCHE VORM:** Suspensie voor injectie met verlengde afgifte. De suspensie is wit tot gebroken wit. De suspensie is pH-neutraal (ongeveer 7,0). **Therapeutische indicaties:** XEPLION is geïndiceerd voor de onderhoudsbehandeling van schizofrenie bij volwassen patiënten die reeds gestabiliseerd zijn met paliperidon of risperidon. In een selectieve groep patiënten met schizofrenie en een eerdere respons op oraal paliperidon of risperidon kan XEPLION worden gebruikt zonder voorafgaande stabilisatie op een orale behandeling, als de psychotische symptomen mild tot matig zijn en een langwerkende injecteerbare behandeling vereist is. **Dosering en wijze van toediening:** Dosering: De aanbevolen startdosis van XEPLION is 150 mg op behandelingsdag 1 en 100 mg één keer later (dag 8), beide toegediend in de deltaspier om snel therapeutische concentraties te bereiken. De aanbevolen maandelijkse onderhoudsdosis is 75 mg; sommige patiënten kunnen baat hebben bij een hogere of lagere dosis binnen het aanbevolen bereik van 25 tot 150 mg, afhankelijk van de verdraagbaarheid en/of werkzaamheid bij de individuele patiënt. Voor patiënten met overgewicht of voor obese patiënten kunnen doses in het bovenste deel van het aanbevolen bereik nodig zijn. Na de tweede dosis kunnen de maandelijkse onderhoudsdoses worden toegediend in de delta- of in de bilspeer. De onderhoudsdosis kan maandelijks worden aangepast. Bij het aanpassen van de dosis moet rekening worden gehouden met de verlengde afgifte van XEPLION, ongeacht het volledige effect van onderhoudsdoses mogelijk na een paar maanden duidelijk wordt. **Overschakelen van oraal paliperidon of oraal risperidon:** Het eerder gebruik van oraal paliperidon of oraal risperidon kan worden stopgezet op het moment dat de behandeling met XEPLION wordt ingesteld. XEPLION moet worden gestart zoals hierboven beschreven aan het begin van de rubriek Dosering en wijze van toediening. **Overschakelen van paliperidon bij steady-state bereiken tijdens de onderhoudsbehandeling met maandelijks doses XEPLION volgens het onderstaande schema:** Doses risperidon langwerkende injectie en doses XEPLION nodig om een gelijkwaardige paliperidontoestelling bij steady-state te bereiken (Eerdere dosis risperidon langwerkende injectie / dosis XEPLION-injectie) 25 mg om de 2 weken / 50 mg maandelijks, 37,5 mg om de 2 weken / 75 mg maandelijks, 50 mg om de 2 weken / 100 mg maandelijks. **Wisselovergang van antipsychotica moet gebeuren overeenkomstig bijbehorende productinformatie.** Als het gebruik van XEPLION wordt stopgezet, moet rekening worden gehouden met de verlengde afgifte. Zoals aanbevolen voor andere antipsychotica, moet de noodzaak van het voorzietzen van het gebruik van geneesmiddelen voor deren bestaande extrapyramidale symptomen (EPS) periodiek worden geëvalueerd. **Gemiste doses: Verwijderen van gemiste doses:** Er moet aanbevolen de tweede startdosis XEPLION één week na de eerste dosis toe te dienen. Om te vermijden dat een toediening wordt gemist is het mogelijk de tweede dosis 4 dagen vóór of na het tijdstip van één week later (dag 8) toe te dienen. Aanbevolen wordt de derde en volgende injecties maandelijks na de startbehandeling toe te dienen. Om het missen van deze maandelijkse dose te vermijden, is het mogelijk om de injectie maximaal 7 dagen vóór of na het maandelijkse tijdstip toe te dienen. Als de beoogde datum voor de tweede XEPLION-injectie (dag 8 = 4 dagen) wordt gemist, hangt het aanbevelen nieuwe startschema af van de tijdsduur die is verstreken sinds de eerste injectie aan de patiënt is toegediend. **Gemiste tweede startdosis (< 4 weken na eerste injectie):** Als er minder dan 4 weken zijn verstreken sinds de eerste injectie, dient de tweede injectie van 100 mg zo snel mogelijk in de deltaspier toegediend te worden. Een derde XEPLION-injectie van 75 mg, in de deltaspier of in de bilspeer, moet 5 weken na de eerste injectie worden toegediend (ongeacht het moment van toediening van de tweede injectie). Daarna dient de normale, maandelijkse cycle van injecties in de delta- of bilspeer van 25 mg tot 150 mg te worden gevolgd, afhankelijk van de verdraagbaarheid en/of werkzaamheid bij de individuele patiënt. **Gemiste tweede startdosis (> 4 weken na eerste injectie):** Als er 4 tot 7 weken zijn verstreken sinds de eerste injectie XEPLION, wordt de toediening met injecties van 100 mg als volgt hervat. Zo snel mogelijk moet een injectie in de deltaspier, 2, een week daarna een volgende injectie in de deltaspier, 3, hervatting van de normale, maandelijkse cycle van injecties in de delta- of bilspeer van 25 mg tot 150 mg, afhankelijk van de verdraagbaarheid en/of werkzaamheid bij de individuele patiënt. **Gemiste tweede startdosis (> 7 weken na eerste injectie):** Als er meer dan 7 weken zijn verstreken sinds de eerste injectie XEPLION, moet de toediening worden gestart zoals hierboven beschreven voor de eerste instelling van de behandeling met XEPLION. **Gemiste maandelijkse onderhoudsdosis (1 maand tot 6 weken):** Na de start bestaat de aanbevelen cycle voor XEPLION uit maandelijkse injecties. Als er minder dan 6 weken zijn verstreken sinds de laatste injectie, dan moet de dosis waarop de patiënt gestabiliseerd was zo snel mogelijk worden toegediend, gevolgd door maandelijkse injecties. **Gemiste maandelijkse onderhoudsdosis (> 6 weken tot 6 maanden):** Als er meer dan 6 weken zijn verstreken sinds de laatste injectie XEPLION, wordt het volgende geadviseerd: **Voor patiënten die gestabiliseerd zijn op doses van 25 tot 100 mg:** 1. zo snel mogelijk een injectie in de deltaspier met dezelfde dosis als waarop de patiënt reeds gestabiliseerd was; 2. een week later (dag 8) een volgende injectie in de deltaspier (zelfde dosis); 3. hervatting van de normale, maandelijkse cycle van injecties in de delta- of bilspeer van 25 mg tot 150 mg, afhankelijk van de verdraagbaarheid en/of werkzaamheid bij de individuele patiënt. **Gemiste maandelijkse onderhoudsdosis (> 6 maanden):** Als er meer dan 6 maanden zijn verstreken sinds de laatste injectie met XEPLION, moet de toediening worden gestart zoals hierboven beschreven voor de eerste instelling van de behandeling met XEPLION. **Speciale populaties: Ouderen:** De werkzaamheid en veiligheid bij ouderen > 65 jaar zijn niet vastgesteld. In het algemeen is de aanbevelen dosering XEPLION voor oudere patiënten met een normale nierfunctie dezelfde als voor jongere volwassen patiënten met een normale nierfunctie. Omdat oudere patiënten echter een verminderde nierfunctie kunnen hebben, kan een dosisaanpassing noodzakelijk zijn (zie Nierinsufficiëntie). **Nierinsufficiëntie:** Hieronder voor de dosisaanbevelingen voor patiënten met nierinsufficiëntie. **Nierinsufficiëntie:** XEPLION is niet systematisch onderzocht bij patiënten met nierinsufficiëntie. Voor patiënten met milde nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 50 tot < 80 ml/min) is de aanbevelen startdosis XEPLION 100 mg op behandelingsdag 1 en 75 mg één keer later, beide toegediend in de deltaspier. De aanbevelen maandelijkse onderhoudsdosis is 50 mg met een bereik van 25 tot 100 mg, afhankelijk van de verdraagbaarheid en/of werkzaamheid bij de patiënt. XEPLION wordt niet aanbevolen bij patiënten met matige of ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 50 ml/min). **Levenssufficiëntie:** Op basis van de ervaringen met oraal paliperidon is geen dosisaanpassing nodig bij

patiënten met milde of matige leverinsufficiëntie. Aangezien paliperidon niet is onderzocht bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie, is voorzichtigheid geboden voor deze patiënten. **Andere speciale populaties:** Er wordt geen dosisaanpassing voor XEPLION aanbevolen op basis van geslacht, ras of rookgedrag. **Pediatrische patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van XEPLION bij kinderen < 18 jaar zijn niet vastgesteld. Er zijn geen gegevens beschikbaar. **Wijze van toediening:** XEPLION is uitsluitend bestemd voor intramusculair gebruik. Het moet langzaam, diep in de spier worden geïnjecteerd. Elke injectie moet door een professionele zorgverlener worden toegediend. De toediening dient in één enkele injectie te gebeuren. De dosis mag niet worden verdeeld over verschillende injecties. De dosis mag niet intraveneus of subcutaan worden toegediend. De startdosis van dag 1 en dag 8 moeten beide worden toegediend in de deltaspier ten einde snel de therapeutische concentratie te bereiken. Na de tweede dosis kunnen de maandelijkse onderhoudsdoses worden toegediend in de delta- of in de bilspeer. **Overschakelen van de bilspeer naar de deltaspier (en vice versa)** dient te worden overwogen als er pijn optreedt op de plaats van de injectie of als het ongemak op de plaats van de injectie niet goed wordt verdragen (zie rubriek Bijwerkingen). Daarnaast wordt geadviseerd te wisselen tussen links en rechts (zie hieronder). Voor instructies voor het gebruik en de toediening van XEPLION, zie de bijsluiter (informele bestemd voor artsen of andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg). **Toediening in de deltaspier:** De aanbevelen naaldgrootte voor toediening van de start- en onderhoudsdoses XEPLION in de deltaspier is afhankelijk van het gewicht van de patiënt. Voor patiënten > 90 kg wordt de 1½ inch, 22 gauge naald (38,1 mm x 0,72 mm) aanbevolen. Voor patiënten < 90 kg wordt de 1 inch, 23 gauge naald (25,4 mm x 0,64 mm) aanbevolen. De injecties in de deltaspier moeten afwisselend in de linker- en rechterdeltaspier worden toegediend. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof, voor risperidon of voor (één van) de hulpstoffen. **Bijwerkingen:** Samenleving van het veiligheidsprofiel: De bijwerkingen die het meest frequent in klinische studies werden gemeld, zijn insomnie, hoofdpijn, angst, bovenste luchtweginfectie, reacties op de injectieplaats, parkinsonisme, gewichtstoename, acathisie, agitiatie, sedatie/somnolentie, nausea, constipatie, duizeligheid, musculoskeletale pijn, tachycardie, tremor, abdominale pijn, braken, diarree, vermoeidheid en dystonie. Van deze bijwerkingen bleken acathisie en sedatie/somnolentie dosisaangevond te zijn. **Tabel met bijwerkingen (Systeem/orgaanklasse, Frequentie: Bijwerking).** De volgende bijwerkingen werden alle gerapporteerd met paliperidon, waarbij de frequentiecategorie wordt geschat op basis van klinisch onderzoek met XEPLION. De volgende termen en frequenties worden gebruikt: zeer vaak (>1/10); vaak (>1/10 tot <1/10); soms (>1/100 tot <1/100); zelden (>1/1.000 tot <1/10.000); zeer zelden (<1/10.000); en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Vaak: bovenste luchtweginfectie, urineweginfectie, influenza. Soms: pneumonie, bronchitis, luchtweginfectie, sinusitis, cystitis, oorinfectie, ooginfectie, tonsillitis, cellulitis, acrodermatitis, subcutaan absces. Zelden: onychomycose. **Bloed- en bloedvataandoeningen:** Soms: witte bloedcellen verlaagd, anemie, hematoctriet verlaagd, eosinofiele tellen verhoogd. Zelden: agranulocytose, neutropenie, trombocytopenie. **Immuunsysteem-aandoeningen:** Soms: overgevoeligheid. Zelden: anafylactische reactie. **Endocriene aandoeningen:** Vaak: hyperprolactinemie. Zelden: antidiuretisch hormoonsecretedeficiëntie. Niet bekend: glucose in urine. **Voedings- en stofwisselingsaandoeningen:** Vaak: hyperglykemie, gewicht verhoogd, gewicht verlaagd, bloed triglyceriden verhoogd. Soms: diabetes mellitus, hyperinsulinemie, gestimuleerde eetlust, anorexia, verminderde eetlust, bloed cholesterol verhoogd. Zelden: waterinzuivering, diabetische ketoacidose, hypoglykemie, polydipsie. **Psychische stoornissen:** Zeer vaak: insomnie. Vaak: agitiatie, depressie, angst. Soms: slaapproblemen, manie, verworde toestand, verminderd libido, zenuwachtigheid, nachtmierne. Zelden: afgestompt affecte, anorgasmie. **Gevoelensstoornissen:** Zelden: hoofdpijn. Vaak: parkinsonisme, acathisie, sedatie/somnolentie, dystonie, duizeligheid, dyskinesie, tremor. Soms: tardieve dyskinesie, oculaire dyskinesie, syncope, psychomotorische hyperactiviteit, duizeligheid houdingsafhankelijk, aandachtstoornis, dysartrie, dysgeusie, hypo-esthesie, paresthesie. Zelden: maligne neurolepticsyndroom, cerebrale ischemie, niet reagerend op prikkel, bewustzijnsverlies, verminderd bewustzijn, diabetes coma, evenwichtsstoornis, coördinatie afwijking, titubatie van het hoofd. **Gevoelensstoornissen:** Soms: gezichtsvermogen wazig, conjunctivitis, droog oog. Zelden: glaucoom, oogbewegingsafwijking, oogrollen, fotofobie, tranparachute verhoogd, oculaire hyperemie. **Evenwichtsstoornissen en ooraandoeningen:** Soms: vertigo, tinnitus, oorspin. **Harstanoedingen:** Vaak: bradycardie, tachycardie. Soms: atriumfibrillatie, atrioventricular blok, elektrocardiogram QT verlengd, posturale orthostatische tachycardie-syndroom, elektrocardiogram abnormal, hartkloppingen. Zelden: sinusaritmie. **Bloedvataandoeningen:** Vaak: hypertensie. Soms: hypotensie, orthostatische hypotensie. Zelden: trombose, veneuze trombose, ischemie, overmatig blozen. **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen:** Vaak: hoest, niesen, congestie. Soms: dyspneu, longontsteking, piepen, faryngolaryngeale pijn, bloedneus. Zelden: slaapproeven-syndroom, hyperventilatie, aspiratiepneumonie, luchtwegcongestie, dysfonie. **Maagdarmsstelsel-aandoeningen:** Vaak: abdominale pijn, braken, nausea, constipatie, diarree, dyspepsie, tandspijn. Soms: abdomaal ongemak, gastro-enteritis, droge mond, fatulentie. Zelden: pancreatitis, intestinale obstructie, ileus, gezwollen tong, felle incontinentie, fecaalom, dysfaagie, chelitis. **Lever- en galstanoedingen:** Vaak: transaminasen verhoogd. Soms: gamma-glutamyltransferase verhoogd, leverenzym verhoogd. Zelden: geelzucht. **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** Vaak: rash. Soms: urticaria, pruritus, alopecia, eczeem, roos, erythem, acne. Zelden: angio-oedeem, geneesmiddelen eruptie, hyperkeratose, huidverkleuring, seborrheische dermatitis, hoofdsch. **Stelselsierstelsel- en bindweefselaandoeningen:** Vaak: musculoskeletale pijn, rugpijn. Soms: spierspasmen, gewrichtsstijfheid, nekpijn, artralgie. Zelden: rabdomyolysis, bloed creatinefosfokinase verhoogd, houding afwijking, gewrichtsverzwelling, spierzwakte. **Nier- en urinewegaandoeningen:** Soms: urine-incontinentie, polakiurie, dysurie. Zelden: urine-retentie. **Genitaal- en voortplantingsstelsel-aandoeningen:** Zelden: neonataal ontrekingsyndroom. **Voortplantingsstelsel- en borststanoedingen:** Soms: erectiestoornissen, ejaculatioemortus, amenorroe, uitstel van menstruatie, menstraalstoornissen, gynaecomastie, galactorroe, seksuele disfunctie, vaginale afscheiding. Zelden: priapisme, pijn in de borsten, gevoelige borsten, bloedaanrijving in de borsten, versprekking, borstontsteking. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Vaak: pyrexie, asthenie, vermoeidheid, injectieplaatsreactie. Soms: gezichtsroodheid, oedeem, gangwrijving, borstkaspijn, ongemak op de borst, malaise, induratie. Zelden: hypothermie, lichaamstemperatuur verlaagd, koude rillingen, lichaamstemperatuur verhoogd, gevoel, geneesmiddelenonttrekingsyndroom, injectieplaatsreacties, injectieplaatscellulitis, injectieplaatscyst, injectieplaatsinfectie. **Letsel-, intoxicaties en vergiftigingscomplicaties:** Soms: vallen. **De 7e Hyperprolactinemie heronder:** **7e Extrapyramidale symptomen:** Hieronder. **1** in placebogecontroleerde studies werd diabetes mellitus gemeld bij 0,32% van de met XEPLION behandelde personen, tegenover 0,39% in de placebogroep. De totale incidentie uit alle klinische studies was 0,47% bij alle personen behandeld met XEPLION. **1** Insomnia omvat: initiële insomnia,

Xeplion	PP incl. BTW	RVV	GV
1 x 25 mg voorgevulde spuit	€ 127,81	€ 7,80	€ 11,80
1 x 50 mg voorgevulde spuit	€ 238,88	€ 7,80	€ 11,80
1 x 75 mg voorgevulde spuit	€ 313,72	€ 7,80	€ 11,80
1 x 100 mg voorgevulde spuit	€ 375,79	€ 7,80	€ 11,80
1 x 150 mg voorgevulde spuit	€ 543,35	€ 7,80	€ 11,80
1 x (150 mg + 100 mg) Starterpack	€ 909,86	€ 7,80	€ 11,80

doorslaapstoornis; **Convulsie omvat:** grand mal convulsie; **Oedeem omvat:** generaaliseerd oedeem, perifere oedeem, pulsoedeem; **Menstruatiestoornis omvat:** onregelmatige menstruele, oligomenorroe. **1** Niet waargenomen in klinische studies met XEPLION maar waargenomen in de post-marketing omgeving met paliperidon. **Bijwerkingen gezien bij formuleringen op basis van risperidon:** Aangezien paliperidon de actieve metabool is van risperidon zijn de bijwerkingenprofielen van deze stoffen (waaronder zowel de orale als de injectieformuleringen) relevant voor elkaar. Naast de bovengenoemde bijwerkingen werden de volgende bijwerkingen waargenomen bij het gebruik van producten op basis van risperidon en kan verwacht worden dat ze ook optreden bij XEPLION. **Zenuwstelselaandoeningen:** cerebrovasculaire aandoening. **Oogaandoeningen:** floppy iris syndroom (intraoperatief). **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen:** ratelgeluiden. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen** (waargenomen bij de injectieformulering van risperidon): Extrapyramidale symptomen, injectieplaatscellulitis. **Beschrijving van geassocieerde bijwerkingen:** **Anafylactische reactie:** Bij patiënten die eerder oraal risperidon of oraal paliperidon kenden verdragen, zijn er tijdens postmarketingervaring zeldzame gevallen van anafylactische reactie gemeld na injectie met XEPLION. **Reacties op de injectieplaats:** De vaakste gemelde bijwerking in relatie tot de injectieplaats was pijn. De meerderheid van deze reacties waren volgens de meldingen mild tot matig ernstig. De beoordeling door de patiënt van de pijn op de injectieplaats, met behulp van een visuele analoge schaal, heeft de neiging na verloop van tijd af te nemen in frequentie en intensiteit in alle fase 2- en fase 3- studies. Injecties in de deltaspier werden als iets pijnlijker ervaren dan soortgelijke injecties in de bilspeer. Andere reacties op de injectieplaats waren meestal mild in intensiteit en omvatten verharding (vaak), pruritus (soms) en noduli (zelden). **Extrapyramidale symptomen (EPS):** EPS omvatte een gepoole analyse van de volgende termen: parkinsonisme (omvat spierschijfheid, musculoskeletale stijfheid, parkinsonisme, kwijlen, tandringsstijfheid, bradykinesie, hypokinesie, maskergelaat, stramme spieren, akinesie, stijve nek, stijve spieren, parkinsonachtige gang en abnormale glabellareflex, parkinsonachtige rusttremor), acathisie (omvat acathisie, rusteloosheid, hyperkinesie en restless leg-syndroom), dyskinesie (dyskinesie, spierkramp, choreoathetose, athetose en myoclonus), dystonie (omvat dystonie, hypertonië, torticollis, onwillekeurige spiersamencontracties, spiercontracturen, blefarospasme, oculogyrie, tongverlamming, gezichts spasme, laryngospasme, myotonie, opisthotonus, orofaryngeaal spasme, pleurothotonus, tongspasme en trismus) en tremor. Er moet opgemerkt worden dat een breder spectrum aan symptomen wordt vermeld die niet noodzakelijkerwijs extrapyramidale van oorsprong zijn. **Gewichtstoename:** In de 3 weken durende studie met de startdosis van 150 mg liet het deel van de patiënten met een abnormale gewichtstoename van > 7% een dosisaangevondende tendens zien met een incidentie van 5% in de placebogroep tegenover een incidentie van respectievelijk 6%, 8% en 13% in de XEPLION 25 mg, 100 mg en 150 mg groepen. Tijdens de 33 weken durende open-label transitie-/onderhoudsperiode van het langdurige recidiefpreventie-onderzoek voldeed 12% van de met XEPLION behandelde patiënten aan dit criterium (gewichtstoename van > 7% van de dubbelblinde fase tot het eindpunt); de gemiddelde (SD) gewichtverandering ten opzichte van de open-label uitgangswaarde was +0,7 (4,7) kg. **Hyperprolactinemie:** In klinische studies werd een mediane stijging in serumprolactine gezien bij patiënten van beide geslachten die XEPLION toegediend kregen. Bijwerkingen die mogelijk duiden op een verhoogde prolactinespiegel zoals amenorroe, galactorroe, menstruelestoornissen, gynaecomastie werden gemeld bij < 1% van alle patiënten. **Klasse effecten:** QT-verlenging, verminderde armien, ventriculaire fibrillatie, ventriculaire tachycardie, ploteling overlevingsbaar overlijden, hartstelsel en torsade de pointes kunnen optreden met antipsychotica. Gevallen van veneuze trombo-embolie, waaronder gevallen van longembolie en gevallen van deep-veneuze trombose, zijn gemeld met antipsychotica (frequentie niet bekend). **Melding van vermeende bijwerkingen:** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermeende bijwerkingen te melden. Meldingen van vermeende bijwerkingen kunnen worden verzocht alle vermeende bijwerkingen te melden via: **België:** Federaal agentie voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten, Algemeente Vigilantie, EUROSTATION B, Victor Hortaplein, 40/40, B-1060 Brussel. Website: www.fagg.be, e-mail: adversedrugreactions@fagg.vlaanderen.be. **Nederland:** Nederlandse Bijwerkingen Centrum Landb. Website: www.landb.nl. **Aard en inhoud van de verpakking:** Voorgevulde spuit (cyclohexyl-olfin-copolymer) met een zuigerstop en dop (broombutylrubber) met een 22G 1½-inch veiligheidsnaald (0,72 mm x 38,1 mm) en een 23G 1-inch veiligheidsnaald (0,64 mm x 25,4 mm). Verpakkingsgroottes: 1 verpakking bevat 1 voorgevulde spuit en 2 naalden. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Biersel, België. **NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** EU/1/11/672/007. **AFLEVERINGSINSTRUCTIE:** Geneesmiddel op medisch voorschrift. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** 03/12/2013. **Meer informatie is beschikbaar via website.**

Referenties:
1. Pandina GJ et al. *Journal of Clinical Psychopharmacology* (2010) 30 (3) 235-244.
2. Hough D et al. *Schizophrenia Research* (2010) 116 (2-3): 107-117.
3. Gopal S et al. *J Psychopharmacol* 2011; 25 (5): 685-697.
4. Nichol D et al. *Curr Res Opin* 2010; 26 (6): 1471-1481.
5. *SmPC Xeplion* Dec. 2013.
6. Citrome L. *Int. J. Clin. Pract.* Jan 2010; 64, 2: 216-239.
7. Gopal S et al. *Curr. Med. Res. Opin.* 2010; 26 (2): 377-387.
8. Gardner D et al. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 688-693.
9. Alpha L et al. *Annals of General Psychiatry* 2011; 10: 12.
10. Gopal S et al. *Innovations in clinical neuroscience.* 2011; 8: 26-33.

DRUGS OF ABUSE

Feestjes met drugsgebruik en rijden onder invloed van drugs en alcohol... Het is dagelijkse kost geworden. De gekende boosdoeners zoals amfetaminen, cannabis, cocaïne, opiaten, methadon, LSD en hallucinogene paddestoelen kunnen vlot opgespoord worden in het bloed of de urine van de gebruikers. Er duiken echter geregeld nieuwe drugs op. Deze nieuwe drugs of designer drugs ontsnappen aan de klassieke opsporingstechnieken. Het Belgian Early Warning System on Drugs (<http://ewsd.wiv-isp.be>) volgt deze situatie op.

Drugs blijven doorgaans langer aantoonbaar in urine dan in bloed. Daarom is urine het voorkeurstaal om drugs op te sporen. Doorwinterde druggebruikers weten echter hoe ze een positief resultaat kunnen vermijden. Een overzicht van de gekende technieken:

- urine verdunnen door overvloedige waterinname en gebruik van diuretica
- urine verdunnen door water toe te voegen na de urinelozing
- inname van producten die interfereren met de analysetechniek
- toevoegingen van interfererende producten na de urinelozing:
 - pH wijzigende stoffen: zuren, basen..
 - oxiderende stoffen: javel, chloor, jodiumtinctuur..
 - denaturerende substanties: Instant Clear, formaldehyde..
 - detergenten: quats, zeep, Dettol, Steradent..
 - enzymen: peroxidasen, papaïne
 - keukenzout in hoge dosis

Het is dus uiterst belangrijk om de urinelozing onder strikte supervisie te laten plaatsgrijpen zodat elke poging tot vervalsing of adulteratie vermeden of tijdig gedetecteerd wordt. Hierbij een overzicht van tips om adulteratie te vermijden of op te sporen:

- observatie van alle handelingen van de betrokken persoon
- de betrokkene dient de handen te wassen en te drogen voor de urinelozing om te voorkomen dat er poeders aan de urine toegevoegd worden
- er is best geen waterkraan in het toilet beschikbaar
- gebruik toiletcleanser die kleur geeft aan het spoelwater om te voorkomen dat dit spoelwater misbruikt wordt om urine te verdunnen
- controle van de urine na lozing op temperatuur, kleur, geur, helderheid en schuimvorming
- controle op pH en creatinine (creatinine < 0.20g/L wijst op dilutie)

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction publiceert jaarlijks een rapport 'trends en developments' over drugsgebruik. U kan het raadplegen via de website <http://emcdda.europa.eu>. Naast dit jaarrapport kunt u op deze site terecht voor nuttige informatie over drugs.

Luc Bellemans, klinisch bioloog, Medisch Labo MEDINA

Sterke terugbetalingen tandzorgen door het **Vlaams & Neutraal Ziekenfonds**

Een groot aantal tandtechnische prestaties worden volledig of gedeeltelijk terugbetaald door de wettelijke ziekteverzekering. Niettemin zorgen sommige tandzorgen voor aanzienlijke extra kosten voor de patiënt.

Daarom steekt het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds, op voorwaarde dat men in regel is met de ziekenfondsbijdrage voor het pakket van aanvullende diensten en verrichtingen, graag een stevig tandje bij.
Een overzicht...

Tandzorgen tot 500 euro !

Voor bruggen, extracties, implantaten, kronen, stifttanden en tandprothesen, betalen we tot **500 euro** per 2 jaar terug op voorwaarde dat er geen wettelijke tegemoetkoming voorzien is, nl. 25 % van het persoonlijk aandeel boven de **250 euro**.

En dit zonder extra dure facultatieve verzekering!

Een voorbeeld: een patiënt laat twee tandimplantaten plaatsen en betaalt de tandarts hiervoor 2.100 euro. Aangezien hiervoor geen ZIV-tussenkost voorzien wordt, betalen wij op basis van een factuur of ereloonnota het volgende bedrag terug: € 2.100 (betaald bedrag door patiënt) - € 250 (vrijstelling) = € 1.850. 25 % van € 1.850 = € 462,50 tussenkost.

Orthodontie tot 750 euro !

Bij de plaatsing van het apparaat wordt op basis van het wettelijk getuigschrift automatisch **150 euro** gestort. Nadien betalen wij zonder extra formaliteiten (na 6, 12, 30 en 36 maandelijks behandelingen) nog eens telkens **150 euro** in schijven terug.

Een standaardbehandeling (18-24 maanden) levert de leden van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds, bovenop de wettelijke terugbetalingen, bijgevolg **450 euro** extra tussenkost op. Voor een langdurige behandeling kan deze aanvullende vergoeding oplopen tot **750 euro!** Goedkeuring adviserend geneesheer is vereist (aanvraag vóór 15 jaar).

Uniek: ook voor 15-plussers en volwassenen wordt steeds **150 euro** verstrekt na 6 maanden behandeling.

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203)

Hoofdzetel: Hoogstratenplein 1 - 2800 Mechelen
www.vnz.be - info@vnz.be - 015-28 90 90

Kantoren en brievenbussen over heel Vlaanderen.



Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

UW VRIJHEID, UW ZEKERHEID